



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging

Digitalisering i Norges kommunale sektor

Hvordan opplever helsepersonell innføring av elektronisk pasientjournal i en kommune?

Vladislav Ilenkov

Masteroppgave i sosiologi SOS-3900, høst 2020

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Begrepsavklaring	3
1.3	Problemstilling.....	5
1.4	Teoretisk valg for studien	6
1.5	Tidligere forskning	7
1.6	Utformingen av studien	11
1.7	Oppgavens oppbygning	13
2	Bakgrunn	15
3	Teori	19
4	Metode.....	27
4.1	Kvalitativ metode	27
4.2	Rekruttering og utvalg	30
4.3	Gjennomføring av datainnsamling	31
4.4	Krav til forskerrollen	33
4.5	Validitet og reliabilitet.....	34
4.6	Etiske betraktninger	35
4.7	Arbeidet med datamaterialet.....	36
5	Empiri og NPT-analyse.....	39
5.1	Kvantitativt innblikk.....	39
5.2	Koherens	44
5.3	Kognitiv deltakelse	53
5.4	Kollektiv handling	55
5.5	Refleksiv oppfølging	66
6	Diskusjon.....	71
6.1	Normalisert vs. vellykket.....	72

6.2	Påvirke det som foregår	77
6.3	Kompetansemakt	80
6.4	Diskursetikk.....	85
7	Konklusjon	91
	Referanser.....	95

Tabelliste

Tabell 1	Det supplerende kvantitative datasettet.....	37
----------	--	----

Figurliste

Figur 1	Norges plassering på de fem dimensjonene i DESI-indeksen for 2016	16
Figur 2	Begreper av NPT	22
Figur 3	Relativt lave resultater	40
Figur 4	NPT-konstruktene og utdanning med søkelys på opplæring.....	42
Figur 5	NPT-konstruktene og arbeidserfaring	43

Forord

Med denne masteravhandlingen avslutter jeg masterstudium i sosiologi 2017-2020. I løpet av en treårsperiode har jeg hatt lærerike samlinger med engasjerte lærere, nyttige råd og motiverende samtaler. De siste to årene har jeg i tett samarbeid og oppfølging av veilederne mine designet og gjennomført en undersøkelse i Norges kommunale helsetjeneste. Deretter skrev jeg selve avhandlingen ved støtte og råd fra UiT Norges Arktiske Universitet. Jeg er stolt av meg selv for å ha greid å arbeide med masteroppgaven samtidig som jeg har vært i full jobb. Det var en usedvanlig god øvelse i selvstendighet og prioritering.

Tusen takk til mine flotte veiledere, Jorid S. Anderssen og Kari Dyb, som har gitt meg omfattende veiledning både når det gjelder akademiske og faglige aspekter av avhandlingen min. Hjertelig takk til Stein Feragen, drøftingspartner som har bidratt til en akademisk diskusjon over funnene mine. I tillegg er jeg takknemlig for språkråd og korrektur utført av min gode venn, Bjørn Danielsen. Mange takk til SINTEF og Fagforbundet som har støttet prosjektet mitt økonomisk i form av master- og utdanningsstipend. Takk også til informantene mine som har bidratt med erfaring og opplevelser i spørreskjema og intervju. Aller mest vil jeg takke min kjære kone, Marina Galaburda, som har klart seg uten min fullstendige tilstedeværelse i den hektiske perioden.

Alta, 16. august 2020

Vladislav Ilenkov

1 Innledning

Digitalisering preger samfunnsutviklingen og innføring av ny teknologi blir ofte fremstilt som en nødvendig forutsetning for bærekraftig utvikling (Gotaas Kilde & Mathiessen, 2019).

Digitalisering kan føre til ordentlig informasjonshåndtering og kommunikasjonsflyt som i mange tilfeller skaper mer effektiv arbeidsutøvelse. Økonomisk vekst og digitalisering er uatskillelig forbundet med hverandre (Gotaas Kilde & Mathiessen, 2019). Det vil si at man må venne seg til verden som digitaliseres hele tiden både i privat- og arbeidslivet.

Til tross for stor optimisme, og ikke minst stor privat og offentlig satsing på digitalisering, har innføring av ny teknologi i offentlig sektor vist seg å være krevende (Helse- og omsorgsdepartement, 2009). Spesielt har det vist seg utfordrende i helsesektoren (Nielsen Hauge, 2017), og en av utfordringene knyttes ofte til det som kalles for *den menneskelige faktor* i digitalisering og teknologiimplementering i helsesektoren. Innføring av ny teknologi er både kostbar og ressurskrevende, og kan i verste fall gå utover pasientsikkerheten. Økt kunnskap om innføring av digitale løsninger i helsesektoren er relevant både for samfunnet, for helsesektoren og for den enkelte helsearbeider. Dermed vil jeg forske på hvordan kommunalt ansatte opplever digitalisering på arbeidsplassen sin.

Ifølge Samhandlingsreformen var det flere utfordringer som kunne være til hinder for innføring av ny teknologi i helse- og sosialsektor. Det utfordringsbildet har blitt utarbeidet på en omfattende og detaljert måte som skaper en god oversikt over mulige komplikasjoner som gjelder bruk av IKT i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartement, 2009).

Samhandlingsreformen er en grunnstein i den offentlige digitaliseringen som ligger til grunn for én innbygger – én journal (Helse- og omsorgsdepartement, 2012). Dette er dagens mest sentrale politiske dokument som utformer de nåværende nasjonale strategiske føringene direktoratet for e-helse forholder seg til. Det finnes et behov for å få en bedre forståelse av helsepersonells oppfatning av digitale løsninger, og dette ligger til grunn for studien min.

1.1 Bakgrunn

Helsesektoren er svært ressurskrevende, og innføring av ny teknologi blir sett på som en viktig faktor for å effektivisere sektoren. Samtidig som en er fullt klar over at digitalisering i

mange tilfeller fører til omstilling og organisasjonsutvikling. Helse- og omsorgsdepartement trekker frem generelle utfordringer som følger innføring av ny teknologi i offentlig sektor, blant annet: «*Elektroniske pasientjournaler er anskaffet, men papir benyttes fremdeles og de elektroniske systemene kommuniserer i begrenset grad*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 134). Den utfordringen var aktuell i 2009. Jeg begynte å jobbe i offentlig sektor i 2015 og da skrev vi fortsatt rapporter på papir. Med andre ord, det kunne muligens være til hinder for implementering av nye løsninger.

Denne studien omhandler ansatte sin opplevelse av innføring av ny teknologi. Helse- og omsorgsdepartementet peker på følgende utfordringer: «*Organisatorisk kompleksitet. Det er krevende å tilrettelegge nye rutiner og arbeidsprosesser, sikre nødvendig kompetanse samt interesse og tid hos helsepersonell. Det har til en viss grad vært vanskelig å forene fag- og IKT-interessene*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 134). I 2015 var situasjonen lignende i arbeidshverdagen min. Vi hadde en del datatekniske verktøy, men kompetansen var begrenset og implisitt. Dette kan for så vidt skyldes manglende arbeidskultur vedrørende bruk av teknologi, noe som påpekes i stortingsmeldingen: «*Kultur/holdninger. Behov for atferdsendringer og endring i arbeidsprosessene og en sterkere integrasjon mellom fag- og IKT-ressursene. Det er behov for kompetanseutvikling*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 134). Ifølge forskningslitteraturen går altså digitalisering hånd i hånd med kompetanse- og organisasjonsutvikling (Fitzgerald, Kruschwitz, Bonnet & Welch, 2013; Nielsen Hauge, 2017; Parviainen, Tihinen, Kääriäinen & Teppola, 2017). Den prosessen skaper forskjellige holdninger blant hver enkelt ansatt, og noen av de holdningene kan være til hinder for innføring av ny teknologi.

Helse- og omsorgsdepartement har kommet med følgende mål som gjelder den nye IKT-politikken: «*I forholdet mellom tjenesteyter/behandler og pasient/brukere. Dette innebærer bl.a. elektronisk timebestilling, helseinformasjon/-opplæring, online-konsultasjoner/telemedisin og tilgang til egen journal*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 135). For å oppnå det målet har helse- og omsorgsdepartement planlagt å «*styrke nasjonal styring og koordinering av IKT for helse- og omsorgssektoren*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 135). Den nasjonale satsningen ligger til grunn for «*Én innbygger – én journal*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2012).

Som følge av Samhandlingsreformen ble det gjeldende lovverket endret. I løpet av 2010 – 2011 ble blant annet loven om kommunale helse- og omsorgstjenester endret: *«Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer»* (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Regjeringen stiller mange krav til tjenesteyting med tanke på digitale løsninger. Digitalisering går som regel hånd i hånd med kompetanse- og organisasjonsutvikling: *«Det er viktig å understreke i denne sammenheng at innføring av IKT må kombineres med organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring»* (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 133). Dermed er det nødvendig å konferere med de ansatte som opplever innføring av ny teknologi i arbeidshverdagen sin.

Overgangsfasen fra papirregistreringer til digital pasientjournal er fortsatt i gang. Ifølge kildene som har blitt drøftet, er innføring av ny teknologi fremdeles utfordrende i dag. Derfor kommer jeg til å forske på det aktuelle temaet fremover.

1.2 Begrepsavklaring

Kommunal- og moderniseringsdepartement definerer digitalisering i offentlig sektor slik: *«Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering legger til rette for økt verdiskapning og innovasjon, og kan bidra til å øke produktiviteten i både privat og offentlig sektor»* (2014). Innføring av elektronisk pasientjournal i en kommune er derfor en del av digitalisering i offentlig sektor. Denne definisjonen er derfor relevant i denne sammenhengen.

Kommunal- og moderniseringsdepartement drøfter også andre aspekter av digitalisering i offentlig sektor som kan være nyttige for studien min: *«I utgangspunktet er digitalisering en samlebetegnelse for overgangen fra analoge, mekaniske og papirbaserte løsninger, prosesser og systemer, til elektroniske og digitale løsninger»* (2014). Denne definisjonen har noen

praktiske aspekter som bidrar til en helhetlig forståelse av digitalisering i offentlig sammenheng. Jeg vil dermed forholde meg til regjeringen sin definisjon av digitalisering, siden en slik definisjon ser ut til å være egnet til å studere innføring av digital pasientjournal i en kommune.

En annen definisjon som for så vidt oppsummerer forrige resonnementer er denne:

Digitalisering som digital transformasjon er *«bruken av nye digitale teknologier (Sosiale medier, analytiske verktøy eller mobile enheter) for å muliggjøre store virksomhetsforbedringer (som for eksempel å øke kundeopplevelsen, hindre operasjoner eller skape nye forretningsmodeller)»* (Fitzgerald et al., 2013, s. 2). Denne definisjonen gir oss en oppfatning av digitalisering i et teknologisk perspektiv. Den understreker nærmest at organisasjonsutvikling nesten avhenger av digitalisering.

Endringene som digitalisering kan føre til, foregår på forskjellige nivå (Parviainen et al., 2017) og derfor bør man se for seg denne prosessen som en helhet, uten å forenkle denne til kun et teknisk perspektiv - overgang fra analog til digital informasjonshåndtering. Dette helhetlige perspektivet muliggjør forskning på digitalisering i den sosiologiske sammenheng.

Direktoratet for e-helse definerer digital eller elektronisk pasientjournal (EPJ) som *«en elektronisk samling av registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp»* (2019b). Poenget med å innføre EPJ-er er følgende *«EPJ skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt opplysninger som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold til lov»* (Direktoratet for e-helse, 2019b). Med andre ord, EPJ er et verktøy som helsepersonell benytter for å realisere dokumentasjonsplikten sin i samsvar med gjeldende lovverket.

Helsepersonells dokumentasjonsplikt er lovfestet i helsepersonelloven: *«Den som yter helsehjelp har plikt til å føre journal for den enkelte pasient»* (Helsepersonelloven, 1999).

Dokumentasjonsplikt innebærer også noen lovpålagte krav, blant annet:

1. Helsepersonell pålegges en plikt til å føre pasientjournal;
2. Det må være en pasientjournal for hver enkelt pasient;

3. Pasientjournalen må føres fortløpende;
 - a. Når man har ytt helsehjelp;
 - b. Når observasjon er gjort; eller
 - c. Nedtegnelse må inneholde dato og signatur (Veilederen.no, 2019).

Dermed er EPJ et system som benyttes for å realisere dokumentasjonsplikten av helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal.

Nå til dags finnes det flere digitale pasientjournaler i markedet, blant annet Visma Omsorgsprofil, Gerica, Jobpulz, Dips og mange flere. Det skal normalt føres kun én pasientjournal for hver pasient innenfor en virksomhet, noe som ikke utelukker den overnevnte variasjonen (Direktoratet for e-helse, 2019b). Pasientjournalen må da være i samsvar med Forskrift om pasientjournal (2019). Allikevel planlegges det å erstatte eksisterende EPJ-systemer med ett som skal hete «*Én innbygger – én journal*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2012). På bakgrunn av dette kan vi konkludere med at digitalisering skjer kontinuerlig og at vi må venne oss til dette. Derfor kan vi også si at det er relevant å forske på helsepersonells opplevelse av innføring av EPJ og videre samle inn forskningsdata for å forbedre innføringer i fremtiden.

1.3 Problemstilling

«*Hvordan opplever helsepersonell innføring av elektronisk pasientjournal i en kommune?*». I studien min kan digitalisering eller innføring av ny teknologi konkretiseres til *iverksettelsen av EPJ i helse- og omsorgstjenesten i en kommune*. Her er det viktig å skille mellom tekniske og praktiske perspektiver av en slik innføring. Det tekniske perspektivet beskriver stort sett de tekniske årsakene som muliggjør innovasjonen i helseforetaks infrastruktur. Da er det viktig å anvende en beskrivende teoretisk tilnærming. Det praktiske perspektivet fremhever de sosiologiske grunnene som fremmer eller hemmer sosialhandling i løpet av selve iverksettelsen. For å belyse den sosiologiske sammenhengen er det hensiktsmessig å benytte seg av en forklarende teori. Dersom man tar hensyn til både de tekniske og praktiske perspektivene, får man et godt grunnlag for en helhetlig diskusjon, som videre kan føre til en helhetlig forståelse av dette fenomenet.

I studien min velger jeg å lære av en normalisert intervensjon, altså innføring av EPJ i en bestemt kommune. Det er utvilsomt viktig å drøfte andres feil og diskutere hvorfor utviklende prosjekter har blitt avvist av helsepersonell. På den måten lærer man av andre sine erfaringer og klarer også å drøfte seg frem til en teoretisk tilnærming som til en viss grad skal beskrive fenomenet av teknologiinnføring. Allikevel, når vi oppdager de vanligste fallgruvene i helseprosjekter, er det like viktig å forske på normaliserte intervensjoner for å få vite hvordan man kan unngå eller minske negative effekter av innovasjon. På den måten kan man skaffe seg en helhetlig forståelse av digitalisering på bakgrunn av helsepersonells opplevelser av denne.

For å svare på problemstillingen må jeg finne en teoretisk tilnærming som kan hjelpe oss å forstå digitalisering i tråd med den sosiologiske vitenskapen, og samtidig også belyse både tekniske og praktiske sider av dette. I tillegg velger man vitenskapelige forskningsmetoder for å samle inn nødvendig data som blir grunnlaget for analyse og måloppnåelse av studien.

1.4 Teoretisk valg for studien

I studien min vil jeg anvende Normalization Process Theory (NPT) som har blitt utviklet i Storbritannia i første tiåret av 2000-tallet (May et al., 2009). NPT er en sosiologisk middle-range teori som kan hjelpe oss å se på hvordan en ny praksis kan bli gjort til «*den nye normalen*». Teorien stipulerer at et arbeid med å endre det eksisterende involverer både individer og de gruppene som disse individene tilhører. Dette arbeidet består av fire faser som helseforetaket må igjennom:

- *Koherens* eller felles forståelse for å utvikle og eie ideen. Skape en individuell og felles forståelse av hva endringen består i og hvorfor det vil være av verdi;
- *Kognitiv deltakelse* eller forankring: deltakerne gjør et felles arbeid for å skape en «*bevegelse*» som har makt til å endre praksis. Det betyr at man involverer, engasjerer og forankrer ideen hos alle nødvendige aktører som for eksempel kommunale politiske og administrative aktører, samt utarbeider nye rutiner;
- *Kollektiv handling* som består i gjennomføring av endringen i praksis; og
- *Refleksiv oppfølging* som handler om at man overvåker og evaluerer praksis for læring og opprettholdelse av praksis. Opplevelse til nytte for både arbeidstakere og pasienter.

Ifølge NPT er ny praksis en prosess som skjer parallelt på individ- og gruppenivå. Den kan derfor studeres både i lys av gruppen som gjennomfører endringene, og i lys av den enkelte deltakers posisjon og praksis. Det er mulig å undersøke helsepersonells opplevelse på både individ- og gruppenivå ved et tilpasset metodevalg, noe vi skal se nærmere på i metodekapittelet.

NPT fremstår som et teoretisk fyrtårn for studien min. Teorien sikrer et balansepunkt mellom tekniske og praktiske perspektiver, som ifølge Jürgen Habermas kan føre oss til en helhetlig forståelse av digitalisering (Skirbekk & Gilje, 2000). Dersom vi finner det riktige balansepunktet mellom det tekniske på den ene siden og det praktiske på den andre, klarer vi å skape en omfattende sosiologisk diskusjon utfra våre funn.

1.5 Tidligere forskning

Ifølge Webster og Watson er litteraturoversikt et essensielt utgangspunkt for alle akademiske prosjekter. Litteraturoversikter kan bidra til teoriutviklingen, blant annet ved å sette lys på eksisterende kunnskap om et valgt tema og avdekker området hvor forskning behøves (Webster & Watson, 2002). Temaet i denne studien er digitalisering av helsesektoren, hvor jeg studerer helsepersonells empiriske erfaringer med innføring av EPJ i en kommunal hjemmetjeneste. Jeg har allikevel valgt å utføre litteratursøket på både engelsk og norsk, noe som hjelper meg med å observere og undersøke digitalisering både i norsk og internasjonal kontekst.

Nå viser tidligere forskning flere forskjellige sider av digitalisering i det norske samfunnet. Det finnes studier på ulike nivå. For å undersøke og oppsummere litteratur som handler om digitalisering og EPJ må man benytte seg av en søkestrategi, for så å skape en helhetlig oversikt over eksisterende litteratur som er tilgjengelig på norsk. Jeg kommer til å bruke konseptsentrerte metoder som anbefalers av Webster og Watson (2002). For å skape den omfattende oversikten kommer jeg til søke i følgende databaser: Oria, AISel og Google Scholar som skal dekke anerkjente internasjonale kilder (Nilsen, 2017). Da vil jeg bruke avanserte søkeegenskaper for å begrense tidsperioden og konseptsentrerte materiell.

Digitalisering og digitalisering av helsesektoren er relativt nytt. Det er derfor faglig relevant å avgrense tidsperioden til ti år. Det vil si at vi bruker et avanserte søk fra og med 2009 til og med 2019. Det er viktig å understreke at digitalisering er et bredt tema som oppstår i forskjellige bransjer og disipliner. Jeg vil derfor avgrense dette innenfor bruk av EPJ i helsevesenet. For å gjøre dette skal digitalisering søkes sammen med «helse».

Ifølge søkeresultatet er det relativt lite forskning på digitalisering som er skrevet på norsk. Dette kan skyldes på at forskere hovedsakelig publiserer sine verker på engelsk med tanke på valgt tema. Allikevel er det velkjent at Norge er blant de mest digitaliserte landene i verden og derfor er digitalisering et relevant og aktuelt tema i dag (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016).

Det finnes selvsagt mange definisjoner av digitalisering i den undersøkte litteraturen. Begrepet er faglig komplekst og flerdimensjonalt. Det finnes imidlertid en mengde definisjoner som forenkler digitalisering i overgangen fra analog informasjonshåndtering til digital informasjonshåndtering (Nilsen, 2017). Det bør allikevel understrekes at det er en veldig begrenset oppfatning av begrepet, siden digitalisering er uatskilt forbundet med organisasjonsutvikling og arbeidskultur (noe som påpekes i Samhandlingsreformen). «*Digitalisering i offentlig tjenesteyting handler ikke bare om digitalisering som sådan, men også om prinsipper for tjenestekvalitet, samhandling og ansvar*» (Christie, Hoholm & Mørk, 2018, s. 43).

Når man vurderer begrepet av digitalisering i en bredere kontekst forbinder man teknologisk utvikling med forretningsutvikling. Altså man ser det i lys av organisasjonsutvikling, og da defineres digitalisering som: «*The use of new digital technologies (Social media, analytic or embedded devices) to enable major business improvements (such as enhancing customer experience, streamlining operations or creating new business models*» (Fitzgerald et al., 2013, s. 2) Denne definisjonen plasserer digitalisering i en bredere kontekst, som er nødvendig for å kunne vurdere den i et helhetlig perspektiv.

Den samme oppfatningen av digitalisering finner vi hos Parviainen et al. som tydeliggjør sammenheng mellom teknologi- og organisasjonsutvikling. Digitalisering er «*Changes in*

ways of working, roles, and business offering caused by adoption of digital technologies in an organization, or in the operation environment of the organization» (2017, s. 64). I den konteksten hjelper de to siste definisjonene å skape det teoretiske rammeverket av denne studien og skal anvendes for å kunne vurdere digitalisering i et helhetlig perspektiv. Dette henger sammen med regjeringens oppfatning av innføring av ny teknologi: «*Innføring av ny teknologi vil i de fleste tilfeller også medføre endringer i arbeidsrutiner, organisering og oppgavefordeling»* (Helse- og omsorgsdepartement, 2013, s. 114). Dette viser at digitalisering kan ses på som et flerdimensjonalt begrep som kan belyses i både tekniske og praktiske perspektiver og som videre gjør teorivalget vårt hensiktsmessig.

For å avgrense litteratursøket bør jeg kombinere slike ord som «*digitalisering*» og «*elektronisk pasient journal*». I tillegg anvender jeg et stikkord til - «*Norge*»- for å utelukke kilder fra andre nordiske land som Danmark, Sverige og Island. Det skal hjelpe meg med å kontekstualisere studien min i eksisterende forskning i Norge.

Til sammen har vi fått 284 treff ved bruk av ordkombinasjonen vår. Ifølge Webster og Watson har jeg søkt etter valgte stikkord i alle verkene for å utelukke irrelevant litteratur (2002). Det fantes en del dupliseringer som heller ikke kommer i betraktningen her. Til sammen er det 137 kilder, inkludert 107 masteroppgaver, 18 rapporter, 1 doktorsgradavhandling og 11 fagfellevurderte artikler. Det vil si at 11 artikler er det som ligger til grunn for dette litteratursøket.

Det er altså få vitenskapelig artikler i dette fagfeltet som publiseres på norsk. Allikevel berører dette temaet stadig flere studenter med forskjellige faglig bakgrunn, siden det inkluderer 107 masteroppgaver. Ved første øyekast ser det ganske kontroversielt ut at det er mange studenter som velger dette temaet for sine masterprosjekt, men det skrives alt for få vitenskapelige artikler i etterkant. Det kan muligens skyldes at de vitenskapelige publikasjonene gjort på norske forhold er skrevet på engelsk.

Vitenskapelige artikler som er relevante i denne sammenhengen handler stort sett om innovasjon, utfordringer og organisatoriske endringer som foregår i den norske helsesektoren. En omfattende innovasjon som innføres nå i Norge er EPJ. Dette verktøyet er i ferd med å

endre arbeidshverdagen til hver enkelt ansatt i helsevesenet. Ifølge Lotherington og Obstfelder er EPJ sentral i sosiotekniske relasjoner som oppstår på sykehus (2015). EPJ er altså en del av det sosiotekniske nettverket, bestående av mennesker, fakta, rutiner og ting - som kalles for *aktør- og objektnettverket* i et britisk vitenskapelig miljø, ledet av Carl May (2007). I tillegg kan ikke journalen forstås som et nøytralt verktøy for dokumentering av viktige medisinske opplysninger, men heller som noe som har en aktiv rolle i det medisinske arbeidet *«I dette perspektivet forstår vi derfor medisinsk arbeid som resultat av hvordan fakta, teknologi og kompetanse aktualiseres gjennom bruk av journalen»* (Lotherington & Obstfelder, 2015, s. 68).

Endringene som skjer ved innføring av EPJ kan betydelig påvirke makt- og oppgavefordeling blant helsepersonell. Leger har tydeligvis fått en mer svekket posisjon når det gjelder bruk og utforming av EPJ, siden spesialister i EPJ-utviklingen stort sett er sykepleiere. Legenes posisjon i profesjonshierarkiet har altså vesentlig blitt endret ved denne innføringen (Lotherington & Obstfelder, 2015). I tillegg har legenes arbeidsoppgaver blitt annerledes. Nå er det kun legene som har ansvar for informasjonsflyten på sykehus når helsesekretærer ikke får tilgang til elektroniske meldinger. Dette understrekes også av andre vitenskapelige miljøer: *«Endring av praksis innebærer endringer i maktrelasjoner. Innføring av ny teknologi og endringer i praksis innebærer ofte at arbeidsdelingen og maktrelasjonene endres. Enkelte individer og grupper får dermed styrket sin posisjon, mens andres posisjoner svekkes»* (Christie et al., 2018, s. 35). Denne sammenhengen mellom kunnskap og makt befinner seg i den sosiologiske vitenskapen hos den franske filosofen, historikeren og samfunnsforskeren Michel Foucaults (1980).

Når det gjelder informasjonsflyt ved bruk av EPJ har Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) en viktig rolle. PLO-meldinger sikrer kommunikasjon om inn- og utskrivning av pasienter på et sykehus. Allikevel, i noen tilfeller virker PLO-meldinger mot sin egen hensikt og hindrer kommunikasjon mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester: *«Overgangen fra faks- og telefonbasert kommunikasjon til standardiserte elektroniske meldinger kan ha forsterket disse utfordringene, fordi mulighetene man hadde tidligere over telefon for å finne mer fleksible løsninger forsvinner»* (Christie et al., 2018, s. 41). Disse funnene er viktige i sammenhengen vår.

I tillegg vil jeg gjennomgå et par eksempler av suksessrike implementeringer av nye teknologiske løsninger i helsevesenet. Først og fremst vil jeg nevne e-resept (Norskhelsenett, 2020a): *«Suksesshistorien e-resept dannet grunnlag for utbygging av elektronisk samhandling. E-resept (elektronisk resept) var det første store nasjonale løftet for å digitalisere kommunikasjonen i norsk helsesektor»* (Dyrøy, 2015, s. 213). Nå har det blitt helt vanlig å få en e-resept og benytte den på et apotek. E-reseptordningen kan være et godt eksempel for dem som driver med digital innovasjon i Norges helsevesen. Men, selv om e-reseptløsningen regnes som en suksess, og digitale resepter gir betydelig bedre oversikt over pasientens legemidler enn papirresepter, løser den ikke alle utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering. Blant annet er feilmedisinering fortsatt en utfordring i Norge (Dyb & Warth, 2019). Derfor følges digitaliseringen fortløpende opp og oppnådde mål diskuteres.

Et eksempel på elektronisk samhandling er Digital dialog (Norskhelsenett, 2020b) som er preget av videokonferanser mellom leger og pasienter. Hensikten med dette er å erstatte noen fysiske møter med pasienter med videokommunikasjon som kan både skape tidsgevinst og effektivisere pasientflyt. Allikevel kan denne ordningen innebære noen utfordringer: *«En del leger er bekymret for at muligheten til digital dialog vil drukne dem i henvendelser fra pasientene, slik at arbeidsmengden blir altfor høy. Erfaringer fra bruk av elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgssektoren tyder på at dette ikke vil bli et problem, og løsningen inneholder dessuten muligheter for å nekte enkeltpasienter tilgang til enkelte kommunikasjonstjenester»* (Dyrøy, 2015, s. 215). Det oppstår som vi ser en del usikkerhet rundt PLO-meldinger. Dyrøy hevder at det ikke fantes noe problem med PLO-meldinger i 2015, men Werner påstår noe annet i denne sammenheng, noe som har vært nevnt tidligere i teksten. Dette kan skyldes overdreven optimisme vedrørende bruk av elektronisk samhandling i helsevesenet, og i virkeligheten kan innføring av ny teknologi innebære flere utfordringer enn noen kunne forvente i forkant av innføringen.

1.6 Utformingen av studien

I denne studien har jeg gjennomført en undersøkelse i et felt som jeg kjenner godt. Jeg har jobbet som miljøterapeut i en kommunal enhet og fulgt innføringen av EPJ som aktiv arbeider og med ansvar for EPJ-oppsetting. Nærheten og kjennskapet til feltet fikk meg til å lure på

hvordan helsepersonell opplever digitalisering og innføring av EPJ. Jeg benytter intervju med supplerende spørreskjema som metode for å undersøke helsepersonells opplevelser.

Deretter har jeg gjennomført 18 intervjuer og informantene har fylt ut 18 spørreskjemaer. Rekrutteringen av informantene mine har blitt gjennomført i henhold til tilgjengelighetsprinsippet (Thagaard, 2009). Deltakerne er likt fordelt i alder og utdanning. Allikevel er deltakerne ikke likt fordelt kjønnsmessig. Dette kan skyldes på at yrket er kvinnedominert når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester og helsevesenet generelt.

Intervjuene ble gjennomført i desember 2018 ved bruk av lydopptak. Deretter har innsamlede lydopptak blitt transkribert, oppsummert og forberedt for analyse. Resultatet av kontekstdrøfting, samt valgt teoretisk tilnærming, gir oss nødvendige kategorier som hjelper til å sortere den innsamlede dataen fra intervjuene våre. Denne kategoriseringen førte til helhetlig forståelse av innføringen av ny teknologi i en kommune, noe som har hjulpet med å svare på problemstillingen.

Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven består av åtte kapitler, blant annet innledning, bakgrunn, teori, metode, empiri og analyse, diskusjon, konklusjon og referanseliste. For å svare på problemstillingen benytter jeg NPT-rammeverket for å klarere nødvendige begreper og struktur om hvordan begrepene henger sammen. I tillegg er NPT et analyseverktøy for å forstå helsepersonells opplevelse av EPJ.

I metodekapittelet gjennomgår jeg de vitenskapelige metodene som jeg benytter for å kunne samle inn nødvendige data. I tillegg skriver jeg om forberedelse og gjennomføring av datainnsamling. Deretter kommer det et empirikapitel med kvalitative analyser, som jeg supplerer med resultatene fra spørreskjemaene. Etter min empiriske del følger diskusjon og konklusjon. Helt til slutt finnes det referanseliste.

1.7 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven består av åtte kapitler, blant annet innledning, bakgrunn, teori, metode, empiri og analyse, diskusjon, konklusjon og referanseliste. For å svare på problemstillingen benytter jeg NPT-rammeverket for å klarere nødvendige begreper og struktur om hvordan begrepene henger sammen. I tillegg er NPT et analyseverktøy for å forstå helsepersonells opplevelse av EPJ.

I metodekapittelet gjennomgår jeg de vitenskapelige metodene som jeg benytter for å kunne samle inn nødvendige data. I tillegg skriver jeg om forberedelse og gjennomføring av datainnsamling. Deretter kommer det et empirikapitel med kvalitative analyser, som jeg supplerer med resultatene fra spørreskjemaene. Etter min empiriske del følger diskusjon og konklusjon. Helt til slutt finnes det referanseliste.

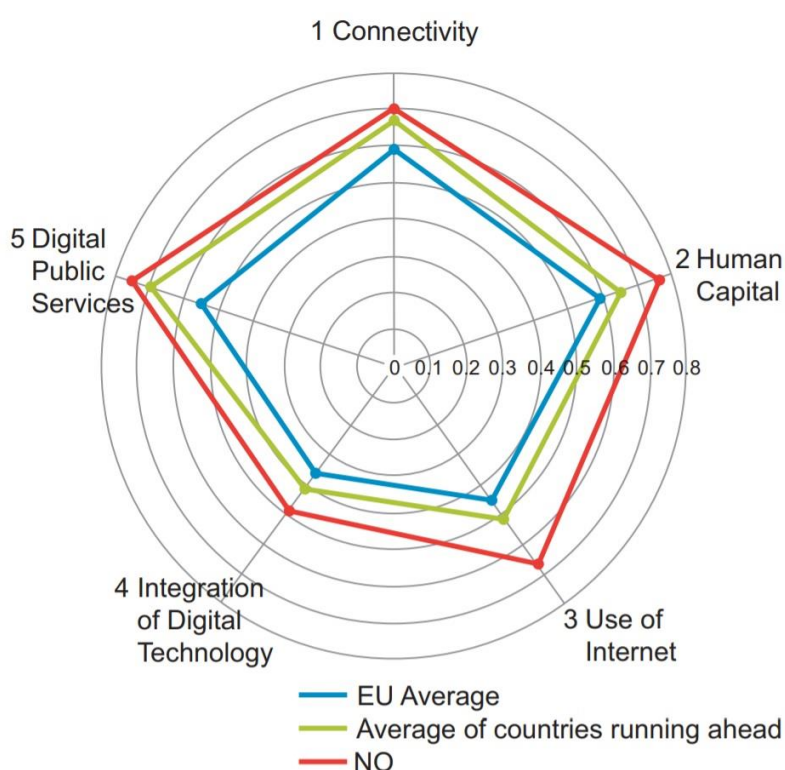
2 Bakgrunn

Både helsemyndigheter og helsepersonell anerkjenner at helsesektoren trenger bedre informasjonsflyt (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, 2012). Det norske helsevesenet har en komplisert struktur som har utviklet seg gjennom årenes løp, samtidig som vi bevitner at det kommer stadig flere private aktører inn i helsesektoren, noe som neppe forenkler den nåværende situasjonen. Økt kompleksitet stiller derfor et høyere krav til samhandling i den offentlige sektoren. I tillegg observerer vi at behovet for koordinerte og helhetlige tjenester bare øker (Nielsen Hauge, 2017). Vi ser at særlig kommunale helsetjenester er preget av tverrfaglig samarbeid, blant annet mellom hjem, institusjoner, arbeidsplass, skole osv. Samarbeid på tvers av helsetjenester skjer ikke av seg selv, men krever både teknisk infrastruktur, organisering og nye arbeidspraksiser som muliggjør samhandling i det norske helsevesenet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016).

Digitalisering er ikke noe nytt i helse- og omsorgssektoren, men Samhandlingsformen har bidratt til økt fokus på innføring av IKT i Norge. Reformen har endt i melding til Stortinget nr. 9 av 2012, nemlig *«Én innbygger – én journal»*, som er en ambisiøs digitaliseringsplan som Direktoratet for e-helse forholder seg til i sitt daglige arbeid.

Når vi går gjennom *«Én innbygger – én journal»* får vi lese et klart satt mål: *«Regjeringen har som mål at helsepersonell raskt og effektivt skal få tilgang til nødvendige pasientopplysninger og at all skriftlig informasjonsutveksling skal skje elektronisk»* (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 21). Dokumentet understreker viktigheten av å ha tilgang til relevante medisinske opplysninger på en rask og effektiv måte, noe det antas skaper et helhetlig bilde av pasientene og gir grunnlag for riktig utredning og/eller behandling. Nå til dags ser vi at feilmedisinering eller feil behandling fremdeles oppstår i helsevesenet (Dyb & Warth, 2019), og det kan i stort omfang skyldes kommunikasjonssvikt mellom helsepersonell som yter tjenester. Det vil si at EPJ kan være et nyttig verktøy. Men selv ved innføring av dette forsvinner ikke alle problemene. Derfor er det viktig å utvikle IKT-plattformen på en helhetlig måte: *«For å oppnå dette [målet] ønsker regjeringen å modernisere IKT-plattformen og arbeide mot en felles nasjonal løsning som inkluderer hele helse- og omsorgssektoren»* (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 21). IKT-plattformen

moderniseres, men selve prosessen er ikke så effektiv som antatt. Overgangen fra papirbaserte løsninger til digitale løsninger er en kompleks utvikling som i seg selv krever en høy grad av samhandling. Den essensielle utfordringen som har rammet utviklingen er beskrevet på følgende måte: «*Selv om pasientinformasjonen nå blir lagret elektronisk og nye muligheter for deling av informasjon finnes, blir informasjonen fremdeles sendt [i posten]*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 21). Det vil si at mennesker som utfør registreringer og bruker selve EPJ-en innehar en avgjørende rolle i den utviklingen, noe som Kari Dyb påpeker i sitt intervju: «*Jeg mener at menneskene er den viktigste faktoren. Hvis helsepersonell får et nytt og fungerende system, men fortsetter med gammel papirpraksis slik at potensialet ikke hentes ut, må vi grave i det. Vi kan for eksempel tenke at forholdet mellom pasient og behandler er i endring, og at dette gir noen muligheter. Kanskje kan sykepleiere eller kliniske farmasøyter få et større ansvar med å rydde i legemiddellister?*» (Lundberg, 2019). Utfordringen viser hvor komplisert utviklingen er og understreker at digitaliseringen går hånd i hånd med organisasjonsutviklingen, spesielt ansvarsdeling.



Figur 1 Norges plassering på de fem dimensjonene i DESI-indeksen for 2016 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 24)

Det er viktig å understøtte at Norge er blant de ledende landene når det gjelder IKT-utviklingen ifølge «*Digital agenda for Norge*» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016). For å illustrere dette vil jeg vise til figur nr. 1 fra den stortingsmeldingen. Ifølge EU-kommisjonen blir Norge rangert i gruppen for teknologisk modne land, sammen med Danmark, Finland, Nederland og Sverige (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016). Dette viser at Norge er et teknologisk velutviklet land, men helsepersonell har en lang vei å gå for å kunne ta i bruk alle glimrende muligheter som IKT-plattformen har til rådighet, noe som delvis er i strid med Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022: «*Dagens IKT-systemer begrenser god utnyttelse av sektorens ressurser. Tungvinne og mangelfulle arbeidsverktøy gir dobbeltarbeid og bidrar ikke til god utnyttelse av kompetanse*» (Direktoratet for e-helse, 2019a, s. 4). Det vil si at IKT i Norge er bra utviklet, men er ikke nok for å realisere helsevesenets sitt potensial. Dette fører i mange tilfeller til at digital samhandling ikke er fullt utbredt og gevinstrealisering fremstår mer som noe man ønsker.

Ifølge Hans Nielsen Hauge er den nåværende statusen av informasjonsflyt og samhandling langt fra ideell. Han oppsummerer sin fortelling med en liste over utfordringer som er aktuelle i det norske helsevesenet:

- *Dagens dokumentasjonspraksis er ikke oppdatert til en digital verden. Det vil si at helsepersonell i stor grad undervises om dokumentasjon slik den ble gjort i en papirbasert verden;*
- *På tross av en fokusert satsing i perioden 2008-2012 (Samhandlingsreformen), er målet om elektronisk kommunikasjon og samhandling ikke oppfylt. Gjennom utvikling og implementering av e-resept og kjernejournal vil deler av vitale pasientopplysninger kunne deles, men disse løsningene dekker kun en begrenset del av den informasjonen det er behov for å dele og omfatter kun deler av behandlingskjeden; og*
- *Dagens meldingsbaserte arkitektur støtter ikke sending av omsorgs- og behandlingsplaner. Mye av synkroniseringen av planer mellom virksomheter må i dag gjøres ved hjelp av telefon og sending av papir. Dette gjør det utfordrende å få til god samhandling på tvers av virksomheter. Det bidrar heller ikke til å gi pasienten et helhetlig behandlingsløp* (Nielsen Hauge, 2017, s. 62-63).

Denne oppsummeringen gjenspeiler at det til tross for Norges høye teknologiske nivå, ikke nødvendigvis gir gevinst- og potensialrealisering. Noe som igjen er med på å synliggjøre behovet for empiriske studier som kan belyse helsepersonells opplevelser av digitalisering, og videre synliggjøre relevansen av studien min og legitimering av min faglige interesse.

Selv om behovet for nye IKT-løsninger er anerkjent både blant helsepersonell og beslutningstakere (Nielsen Hauge, 2017), gjenstår det mye utfordrende arbeid for å få vellykket implementering. Det er bare få prosjekter som virkelig bidrar til endringer og som er fullstendig forankret i helseforetaks rutiner (May et al., 2007). NPT-tilnærmingen tar høyde for at det er mye som skal til for å få en kompleks intervensjon normalisert i et helseforetak. Det stilles mange tekniske og lovpålagte krav til nye løsninger, men til syvende og sist er det helsepersonell som skal ta dem i bruk og endre sin arbeidshverdag. Det er helsepersonell som har en viss makt til å normalisere eller avvise bruket av ny teknologi. Dette utgangspunktet ligger til grunn for problemstillingen min: *«Hvordan opplever helsepersonell innføring av elektronisk pasientjournal i en kommune?»*.

3 Teori

Stadig flere forskere blir mer opptatt av vitenskapen og teknologien sin plass i det moderne samfunnet. Fra midten av 1900-tallet reflekterer de over teknologiens utvikling og dens innflytelse i både privat- og arbeidslivet. Disse vitenskapelige resonnementene ligger til grunn for «*Science and Technology Studies*» eller STS. STS er et tverrfaglig kunnskapsfelt som bygger seg på flere vitenskapelige disipliner (Bijker, Hughes, Pinch & Douglas, 2012). Det vil si at innføring av ny teknologi i helsevesenet er innenfor dette fagfeltet.

STS disponerer flere teoretiske tilnærminger som kan benyttes angående innføring av ny teknologi. For eksempel er det «*Actor-Network Theory*», eller ANT, som kan brukes til å beskrive implementering av IKT-utviklingen i helsevesenet. ANT er en nettverksteori som setter søkelys på nettverket av aktører som har betydning for teknologibruken og kan omfatte både selve teknologien, IKT-spesialister, helsepersonell og pasienter (Cresswell, Worth & Sheikh, 2010). Med andre ord, ANT er hovedsakelig opptatt av relasjoner som oppstår og endrer seg kontinuerlig i nettverket. Det er viktig å understreke at ANT er en beskrivende teori.

På 2000-tallet pekte enkelte forskere på den mangelfulle forklaringen på innføring av ny teknologi i helsesektoren (Ashford, 2002; Grol, Bosch, Hulscher, Eccles & Wensing, 2007; Grol, Wensing, Bosch, Hulscher & Eccles, 2004; Wensing et al., 2005). Kritikken var stort sett rettet mot ANT og dens sosialantropologiske måte å beskrive sosiale fenomener på. Den tekniske siden av innovasjon var ikke i tilstrekkelig grad med i betraktningen. Det vil si at det fantes et stort behov for en forklarende teori som kunne bistå samfunnsforskere i deres teoretiske resonnementer.

En annen teori som kan belyse hvordan noen løsninger ble iverksatt og brukt, mens andre ikke ble brukt er «*Normalization Process Theory*» eller NPT som fokuserer på normaliseringsprosessen av teknologiinnføring i helsevesenet. I tillegg til dette er NPT en forklarende teori som kan føre oss til ny forståelse av digitalisering. Denne teorien er utviklet av Carl R. May, en britisk sosiolog som engasjerer seg i medisinsk sosiologi og innflytelse av teknologi i det moderne samfunnet. Ifølge McEvoy et al. har NPT fortsatt et stort potensial til å kunne forstå innføring av ny teknologi, for å gi oss et generelt rammeverk som kan

anvendes blant forskjellige implementeringsprosjekter, for å skape ny kunnskap og analysere teknologiinnføring på en eksplisitt måte (2014). NPT har sine røtter i Michel Foucaults sosialteori (May, 1992), noe som forutsetter at kunnskap er uatskillelig forbundet med maktfordeling i et sosialt system. NPT hjelper oss å forstå digitalisering, utfordringer med innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer som en helhetlig prosess. Teorien kan anvendes for å belyse eventuelle hindringer eller utfordringer i implementeringsprosessen og kan benyttes for å oppdage eller peke på svikt i innføringen av ny teknologi og nye arbeidsprosesser.

NPT kan belyse digitaliseringen i Norges kommunale sektor. Denne teoretiske tilnærmingen setter søkelyset på normalisering av komplekse intervensjoner i helsevesenet. NPT anvendes hovedsakelig på helseprosjekter som på en eller annen grunn ikke ble normalisert. Teoriens nøkkelbegrep bidrar til en faglig gjennomgang av teknologinnføring for å kunne evaluere eventuelle feil og fallgruver (May & Finch, 2009). Hver enkelt innføring av ny teknologi må først og fremst iverksettes, forankres i foretaks rutiner og til syvende og sist integreres i foretaks sosialkontekst. Derfor forstås innføringen som normalisering av endringer, innebåret av kompleks intervensjon.

NPT er en forklarende, middle-range-teori som forhåpentligvis kan føre til en viss forståelse av digitalisering. Ifølge Merton forener en middle-range-teori både teoretisk og empirisk forskning. For en slik teori ligger det et empirisk fenomen til grunn, og abstrahert fra det fenomenet skapes det generelle påstander som kan bli verifisert av data (Merton, 1968). Ifølge Carl May et al brukes det begrepet på følgende premisser: «*The theory is 'sufficiently abstract to be applied to different spheres of social behaviour and structures' but does not offer a set of general laws about behaviour and structure at a societal level*» (May et al., 2009, s. 5). Det vil si at NPT er abstrakt nok til å evaluere enkelte intervensjoner, men fører likevel ikke til generaliseringer på høyere sosialnivå. Dette i seg selv er en viss begrensning av teorien.

Kompleks intervensjon er et hjørnesteins begrep i NPT og betyr et hensiktsmessig igangsatt forsøk på innføre en ny, eller endre på en eksisterende måte å yte helsetjenester på (May et al., 2007, s. 3). De som driver med komplekse intervensjoner prøver å endre på folks måte å tenke, handle og organisere dem selv i helsevesenet (May et al., 2007). Det viser seg at en

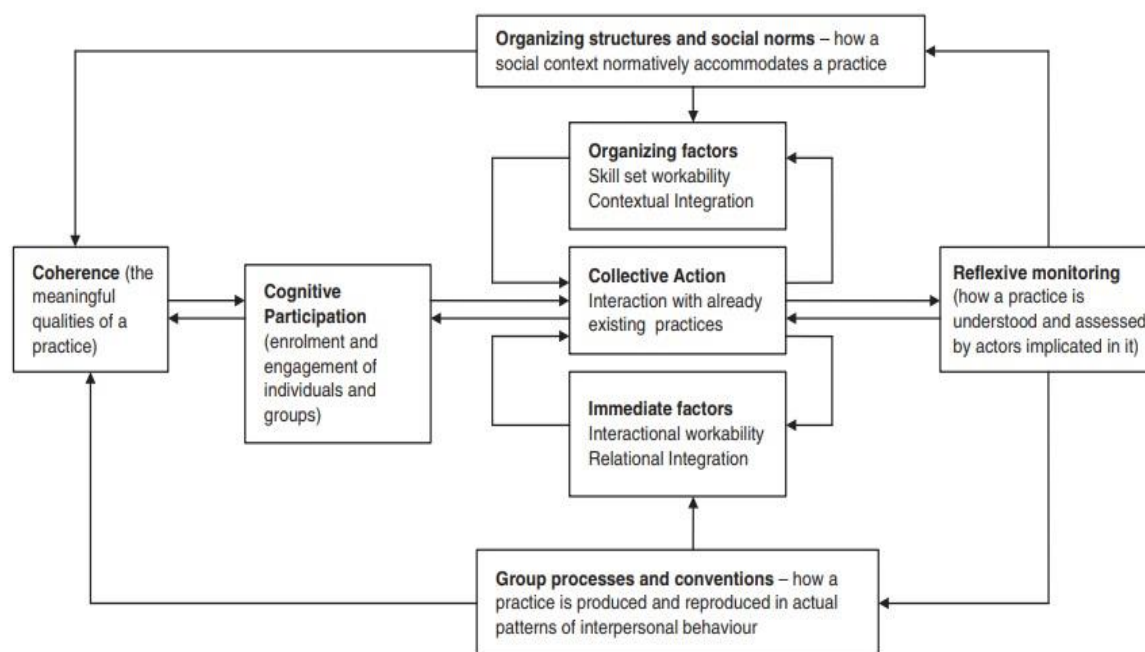
kompleks intervensjon er rettet mot både tekniske aspekter og selve helsepersonellet og dette tas i bruk den nye teknologien. Ergo kan innføring av EPJ anses som en kompleks intervensjon og derfor vil jeg anvende dette begrepet videre i teksten.

Ifølge NPT forstås *normalisering* som det arbeidet som helsepersonell utfører i form av nye aktiviteter, blant annet nye måter å tenke, handle og organisere arbeidet på, og for å kunne rutineforankre disse aktivitetene i allerede eksisterende sosiale omgivelser, kunnskap og praksiser (May & Finch, 2009). Resultatet av normaliseringen er at nye tankemåter, handlinger og organiseringer blir forankret i foretakets drift. Når det gjelder Norges kommunale sektor har helsepersonellet utført normaliseringsarbeidet som førte til nye tanker, handlinger og organiseringer. I denne konteksten kan innføring av EPJ anses som en kompleks intervensjon som har blitt forsøkt normalisert i den bestemte kommunen. Jeg vil derfor anvende NPT-begrepene med tanke på å belyse temaet vårt.

Det påstås at nye materielle praksiser blir rutineforankrede i en sosial kontekst som følge av helsepersonells implementeringsarbeid av individuell eller kollektiv karakter (May & Finch, 2009). Normalisering er altså en dynamisk prosess som engasjerer rundt seg alle involverte aktører i et helseforetak. Dette arbeidet blir muliggjort av helsepersonellets kontinuerlige bidrag i form av nye tankemåter, handlinger og organiseringer (May & Finch, 2009). Denne prosessen krever både individuell og kollektiv handling for å sette ting i gang. Disse handlingene kan imidlertid bli påvirket av andre faktorer som kan prege innføring av ny teknologi. Vi gjennomfører derfor undersøkelse både på individ- (intervju) og gruppenivå (spørreskjema) for å se hvordan det individuelle og det kollektive henger sammen.

En vellykket normalisering av en kompleks intervensjon forutsetter ivaretagelse av de fire NPT-faktorene, eller det som kalles konstrukter (constructs) (May et al., 2009). Disse er koherens (eller forståelse), kognitiv deltakelse, kollektiv handling og reflektiv oppfølging (se figur nr. 2). Med andre ord, så kan vi si at NPT dekker de metodene som helsepersonell prøver å forstå det nye settet av praksiser på (koherens); de midlene som muliggjør deres deltakelse i praksisene (kognitiv deltakelse); gjennomføring av endringen i praksis (kollektiv handling) og de formene av vurdering og evaluering som anvendes (refleksiv oppfølging) (May et al., 2009). Konstruktene kan enten fremme eller hemme normaliseringsprosessen i et

foretaks utvikling. Disse konstruktene beriker og utvider mulige sosiologiske beskrivelser av en kompleks intervensjon, noe som bidrar til å analysere mitt kvalitative datasett i samsvar med NPT.



Figur 2 Begreper av NPT (May & Finch, 2009, s. 541)

Koherens betyr at en praksis er muliggjort av et sett av ideer om dens betydning, bruk og nytte pluss sosialt definert og organisert kompetanse. Med praksis menes her et ensemble av oppfatninger, atferd og aktiviteter som manipulerer og organiserer objekter og andre ting (May & Finch, 2009). Nødvendige kompetanse holder den nye praksisen sammen og muliggjør implementering av denne. Derfor er det mulig å anse koherens som forståelse av den nye komplekse intervensjonen, hvilke mål den har, hva den innebærer og at intervensjonen er nyttig for praksisfeltet. Når det gjelder helsepersonells opplevelser kan man spørre informantene om de har forstått hva endringene, som for eksempel intervensjonen, innebærer. Denne fellesforståelsen kreves i alle faser av normaliseringen og derfor er det viktig å informere helsepersonell i forkant av innføringen, holde forståelsen ved like underveis og dele resultatene i etterkant.

Koherens er fellesforståelse av hva endringen består i og hvorfor de vil være av verdi. For å få koherens på plass må man klare å skille mellom gammel måte å jobbe på og kompleks

intervensjon. For å klare det bør man vite hva en vanlig arbeidsutøvelse innebærer. Det kan være flere faktorer som avgjør en slik forståelse og det er min oppgave å undersøke hvilke faktorer som utgjør en vesentlig forskjell. Jeg undersøker derfor hvilke demografiske variabler som kan være relevante i en slik sammenheng. Det er viktig å understreke at fellesforståelsen av intervensjonen er viktig for både implementeringssuksess og helsepersonells opplevelser av denne.

I tillegg bør man forestille seg klart og tydelig hvilke fordeler den aktuelle intervensjonen representerer. I vårt tilfelle var det tilgjengelighet, sikkerhet og brukervennlighet, som programvareleverandøren har utfordret seg til å heve i EPJ-en. Fellesforståelse forutsetter en viss enighet blant personellet for å kunne dra lasset sammen. Det er altså interessant å vite om helsepersonellet er enig i intervensjonens målsetninger og vurderer den som en hensiktsmessig innovasjon i deres arbeidshverdag. Alt dette utgjør en vesentlig del av deltakernes opplevelser. Dette konstruktet gjennomgås således i detalj i empirikapittelet.

Et annet konstrukt er *kognitiv deltakelse*. Kognitiv deltakelse er i denne sammenhengen menneskets engasjement som gjennomføres via lange kjeder av interaksjoner med andre aktører og objekter. Disse kjedene av interaksjoner kan involvere høyt fokusert arbeid og mer diffus aktivitet (May & Finch, 2009). Slike kjeder er organiserte gjennom sosiale mønster av kognitiv deltakelse. Med andre ord, kognitiv deltakelse gjenspeiler forankring av innføringen: deltakerne gjør et felles arbeid for å skape en «*bevegelse*» som har makt til å endre på eksisterende praksis. Forankringen innebærer at man involverer, engasjerer og forankrer ideen hos alle involverte aktører, som for eksempel kommunale politikere og administrative aktører og ledere. Forankringen består også av kontinuerlig oppfølging av ledere og ansatte, forankring av praksisen i arbeidshverdagen og fortløpende utarbeidelse av helseforetaks rutiner. Det er lurt å spørre informantene om de opplever intervensjonen som noe nyttig eller ei, som i seg selv er en viktig erfaring blant helsepersonell.

Kognitiv deltakelse innebærer hjelp av nøkkelpersoner i løpet av selve intervensjonen. Dette aspektet forutsetter at nøkkelpersonene har nok kapasitet og har fått tilstrekkelig opplæring for å kunne bistå helsepersonell i forankringsarbeidet. Arbeidet består av installering av verktøyet, oppretting av pasientprofiler og planlegging av påfølgende kollektiv handling. Alt

dette gjør nøkkelpersoner uerstattelig i et slik arbeidsforløp. Da er det plutselig interessant å vite om helsepersonells opplevelser av om nøkkelpersoners bistand var tilstrekkelig i løpet av igangsetting og forankring av EPJ i kommunen.

Forankringsarbeidet kan i sin tur føre eller ikke føre til enighet av at nytt verktøy er nødvendig i deltakernes arbeidshverdag. Dette er et viktig aspekt av kognitiv deltakelse og det finnes en viss forskjell fra enigheten i koherens. Når man kun planlegger en kompleks intervensjon, kan deltakere være enige i intervensjonens målsetninger, men det er bare en forforståelse av selve innføringen. Enigheten kan endre seg etter at verktøyet er forankret i helseforetaket. Det er derfor viktig å opprettholde den enigheten gjennom hele innføringen. I den sammenheng er enigheter igjen en relevant opplevelse som jeg etterspør i undersøkelsen min.

På denne måten, ved hjelp av nøkkelpersoner og helsepersonells enighet, forventes det at alle deltakere involveres og bidrar aktivt til verktøyets implementering. Det forklarer hvorfor Carl May bruker ordet «*kognitiv*» om forankringsarbeid. Ordet understreker deltakernes bevissthet rundt de mangfoldige aktivitetene de holder på med under innføringen og kobler fellesforståelse (koherens) til forankringsarbeidet (Finch et al., 2012). Altså må man forstå betydningen av aktiviteter som forankringen innebærer, for å kunne dra lasset sammen i riktig retning. Det er nettopp dette jeg spør etter i spørreskjemaet og utdyper i intervjuene. Besvarelser på disse ligger til grunn for både det kvantitative og det kvalitative datasettet mitt.

Kollektiv handling er et arbeid for å omforme atferd eller aktivitet, for å kunne ta i bruk nye objekter, eller for å omorganisere relasjoner eller kontekster. Kollektiv handling er alltid et målrettet arbeid i lys av NPT (May & Finch, 2009). Kort fortalt betyr kollektiv handling en gjennomføring av endringer i praksis. Det er viktig at helsepersonell handler i samsvar med gitt opplæring og veiledning og gjør det som er anbefalt.

Kollektiv handling innebærer at helsepersonell bruker EPJ uten vanskeligheter. Det kan oppstå både tekniske og praktiske utfordringer i løpet av innføringen. For eksempel kan helseforetakets datatekniske infrastruktur unngå å samsvare med intervensjonens minstekrav. Dersom, for eksempel, datamaskiner ikke er tilgjengelige for helsepersonell som yter

helsetjenester i løpet av en vakt, kan dette fort føre til at en kollektiv handling blir hemmet eller i ytterste konsekvens helt stanset av en slik teknisk begrensning. Et annet eksempel kan illustrere den praktiske siden av innføringen og mulige vanskeligheter som er knyttet til denne. La oss si at IKT-kompetanse blant helsepersonellet er utilstrekkelig og gapet mellom kompetansekrav og selve kompetansen er for stort. Dette bidrar heller ikke positivt til en kollektiv handling. Aspektet av kollektiv handling synliggjør samspillet mellom tekniske og praktiske faktorer i løpet av en kompleks intervensjon, noe som for så vidt sikrer objektivitet i studien vår.

Et annet aspekt av kollektiv handling er at helsepersonell stoler på medarbeiderne sine. Tilliten blant helsepersonell er avgjørende for en vellykket kollektiv handling. Allikevel oppstår ikke denne tilliten av seg selv, men er derimot et resultat av fortløpende samarbeid med kollegaene med tanke på igangsetting og forankring av EPJ i kommunen. Derfor er tilliten tett knyttet til det neste aspektet, nemlig kontinuerlig opplæring, veiledning og brukerstøtte som personellet underveis får. Tilliten, som et resultat av tett og målrettet samarbeid, styrkes av opplæringen og fører til helsepersonells suksessrike kollektive handling. Kollektiv handling er således et flerdimensjonalt begrep som henger sammen med både tekniske spesifikasjoner av en kompleks intervensjon og praktiske aspekter på individ- og gruppenivå, blant annet sosiale roller og normer, intensjoner og forpliktelser, faglig dyktighet og helsepersonells kompetanse. Alt dette bidrar til at kollektiv handling aktualiseres ved endringer i helseforetaket.

Refleksiv oppfølging er et arbeid som gjenspeiler kognitiv deltakelse og kollektiv handling, preget av kompleks intervensjon, i form av refleksjon og fortløpende evaluering. Kollektiv handling og dens resultater evalueres kontinuerlig, både formelt og uformelt, av implementeringsdeltakere; og formalitet og intensitet av denne oppfølgingen gjenspeiler naturen av deres kognitive deltakelse og kollektive handling (May & Finch, 2009). Refleksiv oppfølging er et avgjørende arbeid ved innføring av nye teknologiske løsninger. Arbeidet bidrar til å både vurdere og revurdere endringer som intervensjonen innebærer. For eksempel kan det vurderes om intervensjonen overlever utskifting av personell. Det i seg selv er et tegn på en normalisert kompleks intervensjon.

Refleksivoppfølgingen bidrar til å både vurdere og revurdere endringer som intervensjonen bringer med seg. Konstruktet innebærer deltakernes bruk av resultater av en kompleks intervensjon. Oppfølgingen og faglig refleksjon over oppnådde intervensjons mål skaper en eierskapsfølelse for det arbeidet som har blitt gjort i løpet av innføringen. Helsepersonell har et ulikt utgangspunkt for deltakelse i intervensjonen som gjør at resultatene kan variere fra person til person. Noen har lært seg å logge inn på PC og utføre de enkelte registreringene, mens noen andre har bygd på veileder- eller utviklerkompetanse. Det vil si at resultatene kan være veldig varierende blant helsepersonell, noe som fører til forskjellige opplevelser.

Vi har blitt enig om at resultatene er avhengig av personene som deltar i prosjektet. Dersom resultatene varierer, så varierer også tilfredsheten ved selve innføringen. Dette utgjør et nytt aspekt av refleksiv oppfølging, nemlig fornøydhet av andre medarbeidere og personlig fornøydhet med intervensjonen. Den er i sin tur koblet til integrering av verktøyet i helsepersonells arbeidshverdag. Jeg spør etter personells tilfredshet med innføringen og om de klarte å tilpasse arbeidshverdagen sin i samsvar med innovasjonen. Fra mitt synspunkt er det en viktig del av opplevelsen.

Nå har vi et veldefinert vitenskapelig rammeverk som kan brukes om innføring av EPJ i Norges kommunale sektor. Jeg velger NPT-tilnærmingen fordi den sikrer balansegang mellom mine tekniske og praktiske resonnementer. Med andre ord, så hjelper det å ikke drukne i tekniske spesifikasjoner av EPJ-en, og samtidig holder avstand fra subjektivitet av helsepersonells emosjoner, samt at den gir et veldefinert teoretisk rammeverk for videre analyse. I den sammenhengen fremstår NPT som et fyrtårn, som viser en objektiv vei i studien min. Ifølge Jürgen Habermas kan en balansert posisjon føre til en helhetlig forståelse av digitalisering: *«Nettopp når det gjelder menneskelige og mellommenneskelige forhold, har vi et valg mellom enten å legge an den tekniske erkjennelsesinteressen eller å legge an den praktiske erkjennelsesinteressen. I stedet for en slags fatalisme overfor all rasjonalitet får vi da tvert imot en viktig oppgave med å arbeide for en riktig balanse mellom det «tekniske» og det «praktiske», mellom kontroll og forståelse»* (Skirbekk & Gilje, 2000, s. 641). NPT har bidratt til et riktig balansepunkt mellom den tekniske på den ene siden og den praktiske på den andre siden, som i sin tur gir et faglig grunnlag for videre diskusjon.

4 Metode

Jeg har blitt inspirert av NPT og valgt å bruke kvalitative metoder først og fremst, for å besvare problemstillingen min: «*Hvordan opplever helsepersonell innføring av elektronisk pasientjournal i en kommune?*». Dette metodologiske valget var preget av tilgjengelighet av målgruppen min, nemlig helsepersonell i en kommune. Jeg har antatt at det valgte helsepersonellet hadde en del opplevelser knyttet til digitalisering som kunne vært belyst i løpet av de enkelte intervjuene hvor forskeren hadde hatt en aktiv rolle. Det kunne anses som en fordel at forskeren var involvert i digitaliseringsprosessen pågående i Norges kommunale sektor og følgelig hadde god kjennskap til denne. Alle disse tingene har hjulpet meg med å skape en informativ samtale mellom meg og informantene mine.

Resultatet av undersøkelsen min er at jeg har gjennomført intervjuer av 18 kommunalt ansatte. Hvert enkelt intervju har bestått av fire deler, blant annet samtykke, generell info, strukturert og åpen del. Generell info har inkludert variabler som utdanning, arbeidserfaring, alder og kjønn. Den strukturerte delen har kommet i tillegg til det kvalitative metodiske rammeverket og NPT-Toolkit har ligget til grunn for dette. Jeg har benyttet et kort spørreskjema som skulle gi et kvantitativt innblikk i kommunal digitalisering, for å kunne skaffe meg en bred forestilling av utvalget mitt. Skjemaet har vært bare et supplement til min kvalitative forskning. Til slutt har det blitt stilt åpne spørsmål.

4.1 Kvalitativ metode

For å velge en forskningsmetode må man være klar over hva forskeren vil finne ut (Tjora, 2012). I forkant av selve undersøkelsen har jeg brukt en del tid til å reflektere over hvilken vitenskapelig metode som kunne bidra til å besvare problemstillingen min. I studien min har jeg således valgt å anvende kvalitative metoder, nærmere bestemt intervjuer. Etter min vurdering var intervjuer mest egnet til å svare på problemstillingen min, på grunn av at den gir en forståelse av sosiale fenomener gjennom informantenes meninger, holdninger og erfaringer, noe som utformer deres opplevelser (Tjora, 2012). Intervjuer er relativt populært blant samfunnsforskere. Det kan sannsynligvis være på grunn av at intervjuer er en naturlig del av menneskes kommunikasjon. For å se nærmere på helsepersonells opplevelser, har

intervjuer et godt utgangspunkt for å få kunnskap om dets opplevelser og refleksjoner over innføringen av EPJ (Thagaard, 2009).

Ifølge Ryen er det kvalitative intervjuet velegnet for å kunne få frem informantenes perspektiv vedrørende et sosialfenomen, fange opp flere aspekter av dette med en viss grad av fleksibilitet (2002). Ved å forholde meg til det perspektivet, har jeg beskrevet helsepersonells opplevelser knyttet til innføring av EPJ i en kommune. Opplevelsene har variert fra en person til en annen, og intervjuet ga meg mulighet til å reflektere over likhetstrekk og forskjeller i mitt innsamlede datamateriale, noe som setter dem i studiens bestemte sammenheng. Datamaterialet har belyst hvordan og hvorfor kommunalt ansatte opplever EPJ på den måten de gjør (Ryen, 2002).

Siden jeg har valgt å anvende det kvalitative intervjuet med reflekterende samtaler skulle intervjuguiden min bære preg av dette. Jeg har derfor valgt å opphøye denne i form av åpne spørsmål (Intervjuguide; Ilenkov, 2020). For å gjennomgå de temaene jeg var interessert i, hadde jeg stilt konkrete spørsmål som handlet om det oppreiste temaet og jeg hadde i tillegg skrevet noen stikkord under noen av spørsmålene som var ment til å hjelpe meg å formulere og stille oppfølgingsspørsmål om jeg var interessert i å få utdypet noe. I oppvarmingen spurte jeg om hvordan informantene hadde tolket resultatene av NPT-toolkit som var visuelt fremstilt på nettbrettens skjerm. Dette var etter min mening hensiktsmessig for å forberede informantene til refleksjon i den åpne delen. Deretter gjennomgikk vi de åpne spørsmålene i et rolig tempo, noe som har sikret nødvendig tillit mellom meg og informantene.

For å skaffe en tilfredsstillende intervjusituasjon med en avslappet stemning, har informantene mine fått mulighet å bestemme selv over hvor og når intervjuet skulle foregå. De fleste intervjuene har blitt gjennomført på informantenes kontor som fant sted i en kommunal enhet i deres alminnelige arbeidstid. Ett av disse har unntaksvis foregått på universitetets grupperom etter informantens ønske. Det var viktig at intervjuene ble gjennomført på steder der informantene følte seg trygge (Tjora, 2012). Det var spesielt viktig for dem som ikke var så vant til en intervjusituasjon.

Jeg har satt meg inn i informasjon om EPJ, som anvendtes i enheten gjennom utarbeidelse av intervjuguiden. Dette har bidratt til at jeg følte meg forberedt på reflekterende samtaler over EPJ-innføringen, noe som har endt i en mer interaksjonsbasert intervjusituasjon.

Forberedelsen henger for øvrig sammen med Habermas' syn på en aktiv forskerrolle (Blaikie, 2000). I løpet av forberedelsen har jeg tenkt mye om relasjonene som oppstår mellom informanten og forskeren og på hvilken måte det kan påvirke kvaliteten av datamaterialet. Dette betyr at forskeren i seg selv var et middel for å samle inn data, noe som stiller et høyt krav til forskerrollen og etisk refleksjon over denne (Thagaard, 2009).

Siden NPT-en har blitt valgt som den hovedteoretiske tilnærmingen, ville det være naturlig å gjennomføre en kvalitativ studie med et kvantitativt supplement. For å gjøre dette har jeg anvendt et spørreskjema. Spørreskjemaundersøkelser er en forskningsmetode som befinner seg i det kvantitative metodiske rammeverket (de Vaus, 2014), men i noen tilfeller kan benyttes i kvalitative studier som denne her. Så jeg har brukt denne som et supplement for vår kvalitative studie (Intervjuguide; Ilenkov, 2020). Dette har beskrevet utvalget vårt på en ny måte og beriket resultatet av undersøkelsen. Når man begynner å reflektere over digitalisering og eventuelle hindringer for prosessen kan man fort anta at utdanning, alder og kjønn har mye å si i denne sammenhengen. For å sjekke ut dette har jeg samlet inn en del kvantitativ data.

Spørreskjemaene har vist oss hvordan demografiske variabler, som for eksempel alder og kjønn, korrelerte med opplevelse av innføring av EPJ: «*Spørreskjemaundersøkelser brukes for å måle verdien av de variablene som kan utledes av analyseformålet*» (Gripsrud, Silkoset & Olsson, 2004, s. 113). Jeg har innhentet noen demografiske opplysninger om informantene mine, nemlig verdiene av fire variabler, blant annet alder, arbeidserfaring, utdanning og kjønn. I tillegg har jeg fått verdiene fremstilt av et kartleggingsverktøy, nemlig NPT-toolkit.

NPT disponerer et godt utviklet kartleggingsverktøy, «*NPT Toolkit*» som har hjulpet meg til å innsamle kvantitative data om våre respondenter (May et al., 2011; Normalization Process Theory, 2020). Verktøyet består av 16 spørsmål, delt opp i fire kategorier, blant annet overnevnte koherens, kognitiv deltakelse, kollektiv handling og refleksiv oppfølging (May et al., 2011). Med andre ord, får man vurdere i hvilken grad vedkommende er enig eller uenig

med spørsmålet ved å plassere sitt svar i en skala fra 0 til 10 (hvor «0» betyr at respondenten er «*helt uenig*» med påstanden og «10» betyr at respondenten er «*helt enig*»).

Operasjonalisering av forskningsbegreper er et nødvendig arbeid for å skape et fullstendig spørreskjema. For å måle gjeldende begreper må man gå gjennom fire ulike trinnene, blant annet definere begrepet, avgjøre eventuelle dimensjoner, utlede variabler og til slutt operasjonalisere dem (Gripsrud et al., 2004). Dette er et grundig arbeid som kreves for å lage et spørreskjema. Allikevel har jeg anvendt allerede operasjonaliserte begreper som NPT-toolkit innebar. Ved bruk av dette spørreskjemaet har jeg fått vite om NPT-konstrukter, blant annet koherens, kognitiv deltakelse, kollektiv handling og refleksiv oppfølging korrelerte med slike demografiske variabler som utdanning, arbeidserfaring, alder og kjønn.

For å sjekke om det fantes noe samband mellom svarene og demografiske variablene har jeg benyttet en statistisk hypotesetest. Hypotesetesting er en statistisk metode for å teste hypoteser på bakgrunn av innsamlet data (Bjørnstad, 2020). For å gjennomføre en hypotesetest stiller man opp en nullhypotese H_0 , og en alternativ hypotese H_1 . Poenget med testingen er å sjekke om datasett gir grunnlag for å forkaste nullhypotesen med høy grad av sikkerhet (Bjørnstad, 2020), selv om «*høy grad av sikkerhet*» er et relativt begrep. Så man velger et signifikansnivå som gjenspeiler graden av sikkerhet. Det vanligste signifikansnivået er 0,05, eller 5%, og jeg har forholdt meg til dette i arbeidet med datasettet mitt.

4.2 Rekruttering og utvalg

Når det gjelder gjennomføring av en studie innebærer det å reflektere over hvem man får informasjon fra. Det er derfor viktig å definere utvalget som undersøkelsen skal baseres på. Siden jeg har valgt en kvalitativ studie med supplerende spørreskjema er det naturlig å forholde meg til en strategisk utvelgelse vedrørende utvalget av kandidater. Man bør først og fremst tenke over tilgjengelighetsprinsippet som handler om tilgjengelighet av eventuelle respondenter for studien (Thagaard, 2009). I tillegg til dette bør man velge og kontakte kandidater i samsvar med de kvalifikasjonene og de egenskapene som studien min krever (Thagaard, 2009), blant annet tilhørighet til en bestemt aldersgruppe, relevant utdanningsnivå, kjønn og ikke minst involvering og deltakelse i digitalisering på arbeidsplass.

For å finne respondenter har kommunens administrasjon blitt kontaktet. Dette har jeg gjort ved bruk av kommunale epostadresser som var tilgjengelige på kommunens hjemmeside. I tillegg har jeg informert kommunens administrasjon angående min planlagte undersøkelse. For å gjøre dette har jeg benyttet informasjonsskrivet mitt og tilbydd dem å sende hele prosjektbeskrivelsen ved behov. Alt dette har jeg gjort for å informere kommunen og få tilstrekkelig data med tanke på rekruttering av selve respondentene. Slik fikk jeg oversikt over kommunale enheter som innfører EPJ.

Jeg har intervjuet kommunalt ansatte helsepersonell som yter tjenester i samsvar med Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester om deres syn på innføring av EPJ på deres arbeidsplass. Utvalget er jevnt fordelt i de demografiske variabler, blant annet alder, utdanning og kjønn. Mitt utvalg består av tre aldersgrupper; 18-29, 30-49 og 50-67. I hver aldersgruppe er det seks respondenter med forskjellige utdanningsnivå: assistenter (ufaglærte, studenter osv.), fagarbeidere (helsefagarbeidere, hjelpepleiere, barne- og ungdomsarbeidere osv.) og 3-årig høyskole/universitetsutdannede (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger osv.). Utvalget har bestått av 18 respondenter i én kommunal enhet. I tillegg har jeg tatt hensyn til at utvalget mitt var likt fordelt kjønnsmessig så langt det lot seg gjøre.

4.3 Gjennomføring av datainnsamling

For å få lov til å samle personlige opplysninger i løpet av undersøkelsen min, måtte jeg søke på godkjenning av prosjektet mitt (NSD-meldeskjemaet; Ilenkov, 2020). Jeg fikk prosjektet mitt ferdig vurdert den 6. november 2018. Masterprosjektet mitt har blitt altså godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata eller NSD som har gitt meg rett til å behandle personopplysninger i samsvar med det gjeldende lovverket (NSD-vurderingen; Ilenkov, 2020).

Intervjuene har blitt gjennomført på informantenes arbeidsplass i arbeidstiden, men noen få unntak. Hvert enkelt intervju besto av åtte forskjellige trinn:

1. Gjennomgang av informasjonsskrivet (Informasjonsskriv; Ilenkov, 2020) hvor den siste siden er skjema for skriftlig samtykke;

2. Svar på eventuelle spørsmål angående hele undersøkelsen og selve intervjuet;
3. Underskrift av samtykke;
4. Begynnelse av intervjuet når jeg får et muntlig samtykke til å ta del i undersøkelsen (lydopptak skrus på);
5. Innhenting av personlige opplysninger som dreier seg om demografiske variabler (Intervjuguide; Ilenkov, 2020);
6. Gjennomgang av den strukturerte delen som består av et spørreskjema, inspirert av NPT-toolkit;
7. Gjennomgang av den åpne delen som handler om digitalisering og refleksiv samtale rundt denne; og
8. Intervjuet avsluttes med å takke deltakeren og ønske han/henne lykke til videre.

Nesten alle intervjuene har fulgt trinnene over, bortsett fra to av dem. To ganger måtte jeg skru av lydopptak fordi noen ønsket å komme inn og hente noe på kontoret. Utfordringen var veldig håndterbar – det var bare å ta en pause, vente til vedkommende var ferdig med sitt gjøremål og gjenoppta samtalen. Disse to avbrytelsene har på ingen måte spolert vårt samtaleinnhold, flyt eller gjennomgang. Ellers har intervjuene foregått rolig og uavbrutt, noe som har tilfredsstilt intervjusituasjonen.

Det er viktig å bemerke at de fleste informantene opplevdes som åpne og delaktige i diskusjonene våre. Samhandlingen mellom oss virket avslappet og medvirkende til faglig og reflekterende diskusjon. En annen utfordring var at noen informanter var mer utadvendte enn andre, noe som fikk meg å tilpasse meg hver enkelt intervjusituasjon. Dette var for så vidt noe som har gjenspeilet seg i datamaterialet mitt i form av hvor omfattende og ordrike besvarelsene har blitt. Når det gjelder intervjuenes varighet, har de blitt på omtrent 40 – 45 minutter. Siden samtalenes tema hovedsakelig var teknisk, følte jeg ikke at noen aspekter var mer eller mindre vanskelig å spørre om, tvert imot har temaets tekniske karakter bidratt til åpen og saklig diskusjon, selv om emosjoner og holdninger fant sted i løpet av disse.

På denne måten har jeg samlet inn all nødvendige data for mitt empiriske datasett. Datasettet har forutsatt et omfattende arbeid med datamaterialet, nemlig transkribering og oppretting av regneark, noe som jeg gjennomgår nærmere i delkapittel 4.7. Datasettet har dermed blitt delt i

to, blant annet kvalitativ data på bakgrunn av reflekterende samtaler innsamlet i løpet av intervjuene (delkapitler 5.2 – 5.5) og kvantitativ data som lå til grunn for delkapittel 5.1, kvantitativt innblikk.

4.4 Krav til forskerrollen

Det stilles høye krav til forskerrollen i akademiske miljøer, noe som sikrer pålitelighet og gyldighet av studiens resultat. Når det gjelder gjennomføring av intervjuer med supplementet, har det, ifølge Habermas, (referert i Johansen & Vetlesen, 2005; Skirbekk & Gilje, 2000) vært viktig å skape en tilfredsstillende situasjon hvor informantene kunne uttale seg fritt om digitalisering og innføring av EPJ. Det var viktig å tenke på at relasjonene som har oppstått mellom deltakerne og forskeren i stor grad kan påvirke resultatet av undersøkelsen (Thagaard, 2009). For å svare ærlig på spørsmål uten noe ubehag, burde det være en viss form for tillit i relasjonen mellom forskeren og deltakerne. Med dette mener jeg at det finnes mange faktorer som kan forbedre eller forverre tillit i den settingen, blant annet personlige egenskaper, aldersforskjell, forskjell i utdanningsnivå, samt mange andre faktorer. Jeg kunne dessverre ikke forutse det som kan påvirke resultatet av undersøkelsen, men jeg prøvde, som nevnt tidligere, å rekruttere et utvalg som er jevnt fordelt i demografiske variabler, blant annet alder, utdanning, og kjønn, som skulle minske innflytelsen av den relasjonen som har oppstått mellom forskeren og informantene.

Det anses som en fordel at forskeren var involvert i digitaliseringsprosessen pågående i Norges kommunale sektor og hadde en god kjennskap til denne. Alt dette har hjulpet meg til å faglig forberede meg og skape informative samtaler mellom meg og informantene mine. For å skape forståelse av digitalisering i den enkelte kommunen har jeg prøvd å være en «*reflekterende partner*» i løpet av intervjuene. Denne måten har blitt formulert av Jürgen Habermas (referert i Blaikie, 2000). Ifølge den tyske filosofen (referert i Blaikie, 2000) har den enkelte forskeren både undersøkende og reflekterende roller. Med andre ord, jeg har forsøkt å skape reflekterende samtaler med informantene mine, noe som etter min mening har vært hensiktsmessig i studien min. Dette krevde derfor en del frihet i intervjuguiden min i form av åpne spørsmål. For å beholde informantenes svar har jeg benyttet meg av lydopptak.

I en reflekterende samtale får forskeren vite de nødvendige opplysningene som problemstillingen krever, men det er viktig å huske at samtalens innhold kan være svært preget av personens subjektivitet. Det er derfor viktig at forskeren hele tiden er kritisk til jobben vedkommende gjør. Samtidig kan vi påstå at kvalitativ forskning i seg selv har visse begrensninger når det gjelder validitet og reliabilitet (Thagaard, 2009), noe vi skal se nærmere på i neste delkapittelet. For å heve objektiviteten i studien min har jeg brukt et kvantitativt supplement i form av en kort spørreskjemaundersøkelse.

4.5 Validitet og reliabilitet

I hvert enkelt forskningsprosjekt er det viktig å ta høyde for pålitelighet og gyldighet. Disse to karakteristikkene av et akademisk verk preger en god forskning og sikrer kvalitet av en ny vitenskapelig kunnskap. Oppgaven min var å gjennomføre denne studien på en skikkelig måte slik at eventuelle lesere skal kunne stole på innholdet av det de leser, slik at det bildet som har blitt gjenskapt i studien også reflekterer virkeligheten. Det har derfor vært svært viktig å sjekke ut om både teori og empirisk data, innsamlet under studien, var relevante for problemstillingen vår.

En av de viktigste komponentene av god forskning er validitet og reliabilitet. For å sikre kvaliteten av en akademisk studie bør man forholde seg til disse vitenskapelige karakteristikkene. Med validitet menes det at resultatene av den enkelte studien kan generalisere og gjelde til hele den statistiske populasjonen (Creswell & Plano Clark, 2007). Geir Gripsrud et al. skiller mellom intern og ekstern validitet: «*Intern validitet gjelder i hvilken utstrekning kausaliteten i undersøkelsen holder mål*» (2004, s. 69). Dersom man for eksempel påstår at X påvirker Y, må man være sikker på at det faktisk er X som er årsaken til variasjonen i Y, og at den variasjonen ikke kommer av andre forhold som man har utelukket i modellen sin (Gripsrud et al., 2004). Det vil si at jeg må være nøye med kausaliteten i studien min og sjekke om intern validiteten er overholdt.

Ekstern validitet handler i sin tur om overførbarhet av resultater fra en studie til en annen: «*Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene fra en studie kan overføres til lignende situasjoner*» (Gripsrud et al., 2004, s. 70). I denne sammenhengen dreier ekstern validitet seg om generalisering av oppnådd resultat. Det er således viktig å benytte seg av

andre relevante studier og teoretiske tilnærminger for å kunne forankre resultatet mitt i den sosiologiske vitenskapen.

Reliabilitet betyr at resultatene som kom fra deltakere er konsistente og stabile over tid (Creswell & Plano Clark, 2007). Når det gjelder kvantitative studier gjennomføres reliabilitetstest ved bruk av statiske midler som reliabilitetskoeffisient osv. Reliabilitet har en begrenset betydning i kvalitative studier og derfor har den en supplerende rolle (Creswell & Plano Clark, 2007).

Reliabilitet og validitet betyr at man kan få samme resultat av en lignende undersøkelse på samme teoretiske og metodiske premisser. For eksempel, hvis man tar utgangspunkt i samme teori og metoder som vi selv benytter i denne studien, skal det være sannsynlig av vedkommende får det samme resultat som vi får (Thagaard, 2009). Allikevel bør vi understreke at reliabilitets- og validitetsprinsippene kan være vesentlig begrensede når det gjelder kvalitative studier. Når utvalget er så lite som atten respondenter er det ikke nok for å snakke om hele den statistiske populasjonen, og respondentenes subjektivitet spiller en viktig rolle i hele studien.

4.6 Etiske betraktninger

Forskning innebærer som regel intervensjon i noen aspekter av menneskets liv. Det kan godt være at til og med noen uskyldige spørsmål kan være distraherende for den enkelte personen (Blaikie, 2000). Det er derfor viktig å tilbringe etisk refleksjon over forskningen. For å belyse noen etiske dilemmaer som kan oppstå før, i løpet av og etter en eventuell undersøkelse, bør man vise til den etiske vitenskapen. De fleste etiske problemer som oppstår i sosiale vitenskaper er knyttet til håndtering av respondenter eller informanter og deres personlige opplysninger. Det finnes nødvendige prosedyrer for å kunne informere eventuelle deltakere om hva et forskningsprosjekt dreier seg om, hva som er forventet av deltakerne, hvordan deltakelsen deres påvirker deres private liv og hvordan innhentede personopplysningen skal bli behandlet i etterkant av undersøkelsen (Blaikie, 2000).

For å unngå uvitenhet angående prosjektet mitt blant deltakerne, har de først og fremst blitt informert muntlig angående prosjektet mitt, gjennomgått informasjonsskrivet og underskrevet

samtykkeerklæring. I tillegg har jeg fått et muntlig samtykke mens lydopptakeren var på. Med alt dette har jeg sørget for at deltakerne fikk nødvendig og tilstrekkelig åpenhet om forskningsprosjektet mitt.

For å unngå at noen av informantene blir identifisert i etterkant av studien min, har jeg oppbevart alle personlige opplysningene adskilt fra selve datasettet. Dette var påkrevd av konfidensialitetsprinsippet som forsikret at offentliggjøring av forskningsdata ikke skal spores tilbake til deltakernes personlige identitet i fremtiden (Fangen, 2005). For å ta være på deltakernes konfidensialitet og anonymitet har jeg nøye fulgt NSD sine rutiner som omhandlet behandling av personlige opplysninger under forskning. Dermed har konfidensialitet og anonymitet blitt ivaretatt i denne undersøkelsen. I tillegg har jeg under intervjutranskriberingen valgt å omskrive informantenes sitater til bokmål, av den grunn at informantenes dialekt ikke skulle bidra til indentifisering av deltakerne, noe som setter sitt preg på datamaterialet mitt. På grunn av dette kunne ikke dialekt leses «*mellom linjene*» og avsløre deltakernes opprinnelse og/eller identitet (Ryen, 2002).

Når det gjelder et norsk helseforetak må man hele tiden huske at slike lovpålagte plikter som taushetsplikt, er overholdt under studien (Wergeland Sørbye 2012). Dette har krevd at jeg på ingen måte fikk utdelt noen sensitive opplysninger som gjelder eventuelle pasienter eller deres pårørende. Jeg har vurdert å kontakte Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk eller REK som sørget for at pasientrelaterte opplysninger takles i samsvar med gjeldende lovverk. Allikevel omhandlet ikke studien pasienter som individer eller opplysninger om disse, så REK-godkjenningen var ikke nødvendig i mitt tilfelle. Dessuten har jeg samarbeidet med informantene mine og hjulpet dem til å overholde deres plikter.

4.7 Arbeidet med datamaterialet

Hvert enkelt kvalitativt forskningsprosjekt innebærer å innsamle, bearbeide, forenkle, oppsummere og offentliggjøre forskningsdata (Somekh & Lewin, 2011). For å klare å svare på problemstillingen min har jeg først bearbeidet og forenklet innsamlede data. I løpet av selve undersøkelsen har jeg fått utfylte spørreskjemaer, lydfiler ved bruk av lydopptaker, og samtykkeerklæringer. Alle disse materialene har blitt behandlet i samsvar med akademiske

normer og regler. Dette innebåret transkribering av rå lydfiler og ivaretagelse av samtykkeerklæringer i samsvar med NSD-anbefalingene.

Før eventuelle diskusjon og analyse har blitt datasettet mitt være bearbeidet og klargjort. Det vil si at alle innsamlede lydfiler har blitt transkriberte. Ifølge Vivi Nilssen innebærer dette følgende aktiviteter: «*Observerte handlinger blir skrevet ned, og lyd- og bildeopptak av situasjoner blir gjort om til tekst, enten ved nøyaktig transkripsjon eller gjennom oppsummering av viktige punkter*» (Nilssen, 2012, s. 46). Dette var et monotont arbeid som krevde både hensyn og tålmodighet for å få et ønsket resultat. Arbeidet har bestått i lytting og nedskrivning av rå lydmaterialer innsamlet under selve intervjuene. Ferdig transkriberte intervjuene har utformet studiens kvalitative datasett.

Dataen som blir samlet inn ved bruk av spørreskjemaet mitt, har utformet studiens supplerende kvantitative datasett. Dette datasettet har fremstått som en tabell med kvantitativ data (se tabell nr. 1):

N	Utdanning	Alder	Arbeidserfaring	Kjønn	1	2	3	4	5	6	7	8	...	16
1	Assistent	30-49	2,5	Mann	9	5	5	6	8	9	10	10	...	6
...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-

Tabell 1 Det supplerende kvantitative datasettet

Som sagt tidligere er det datasettet predefinert og strukturert som vises i tabellen over. Tabellen består av 18 rader som svarer til antallet respondenter, fire kolonner av de valgte demografiske variablene og 16 kolonner som henger sammen med NPT-toolkit. Etter at vi har benyttet denne tabellen for min innsamlede data, har datasettet blitt klart for videre analyse eller visuell fremstilling i form av passende diagrammer (Opplevelse av EPJ-iverksettelsen; Ilenkov, 2020).

Det siste skrittet i håndteringen av forskningsdata er offentliggjøring (Somekh & Lewin, 2011). UiT Norges Arktiske Universitet skriver i sine *Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT* at de «... skal tilby arkiv- og publiseringsløsningen UiT

Open Research Data, som gjør forskningsdata åpent tilgjengelig for videre bruk, så fremt det ikke er juridiske, etiske, sikkerhetsmessige eller kommersielle grunner til å holde dataene lukket ...» (UiT Norges Arktiske Universitet, 2017, s. 3). Jeg har i datasettet mitt tatt hensyn til de overnevnte grunnene og sendt dataen, samt informasjonsskriv, intervjuguide og NSD-meldeskjema, pluss NSD-vurdering, til UiT Open Research Data. Ifølge gjeldende nasjonale satsninger er hensikten med offentliggjøring følgende: *«Bedre tilgjengeliggjøring og mer gjenbruk av forskningsdata kan bidra til vitenskapelige fremskritt ved at hver enkelt forsker får et større datagrunnlag å bygge på, til økt etterprøvbarehet og bedre kvalitetssikring av tidligere forskningsfunn, og til å unngå at samme type datainnsamling må finansieres flere ganger»* (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 1). En slik tilgang til forskningsdata kan bidra til både verdiskaping og innovasjon. Jeg har derfor bestemt meg for å ikke legge ved informasjonsskriv, intervjuguide med spørreskjema, NSD-meldeskjema og NSD-vurdering - og selve intervjutranskriptene, samt det nevnte kvantitative datasettet, siden disse dokumentene nå har blitt offentliggjort (Ilenkov, 2020).

Både transkriberte intervjuer og bearbeidet kvantitativt datasett har ligget til grunn for videre diskusjon og analyse. Denne mengden av forenklet og bearbeidet forskningsdata har blitt analysert ved bruk av NPT-teoritilnærmingen som vi har gått gjennom i teorikapittelet. Deretter har jeg tatt i bruk NPT-konstruktene for å kunne systematisere funnene mine og knytte dem til den sosiologiske vitenskapen. Jeg måtte ta hensyn til at jeg hadde atten respondenter / informanter i datasettet mitt. Det har satt visse begrensninger i generaliseringer som vi kunne vært gjort på bakgrunn av den dataen. Allikevel, om vi skulle forvente representative generaliseringer i studien vår, burde vi velge andre vitenskapelige metoder, blant annet spørreskjemaundersøkelse med et stadig større utvalg og lignende. Det vil si at mitt metodevalg er hensiktsmessig for en kvalitativ besvarelse på problemstillingen min.

5 Empiri og NPT-analyse

Digitalisering pågår i Norge. Denne prosessen er veldig dynamisk og kan variere fra en sektor til en annen. Noen bransjer, som for eksempel bank- og finanssektor, er preget av en rask utvikling når det gjelder innføring av nye digitale løsninger. Vi kan altså benytte tallrike innovasjoner som norske banker kommer med, blant annet nettbank, bank-ID på mobil og ved bruk av kodebrikke, vipps osv. Disse nye løsningene har raskt blitt en del av hverdagen vår. I denne sammenhengen er digitalisering i helsevesenet særpreget av komplisert lovgivning og derfor foregår innføring av EPJ fortsatt bare i noen kommuner.

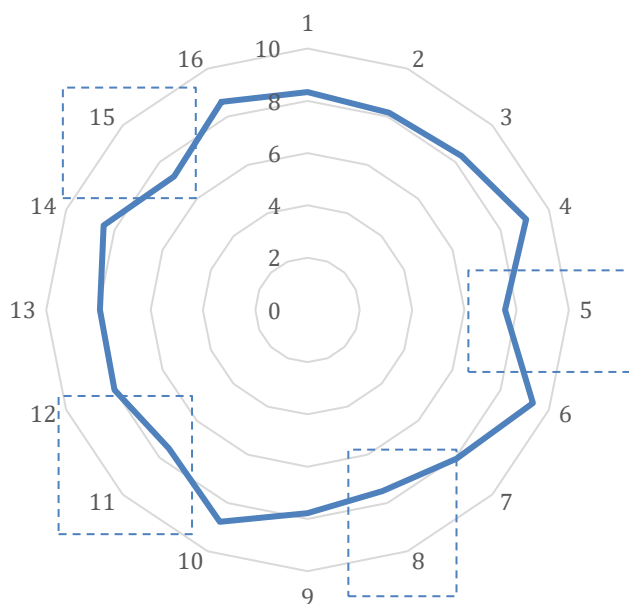
Jeg beskriver innføringen av EPJ som en kompleks intervensjon i lys av NPT sitt teoretiske rammeverk, ved bruk av nøkkelbegrep som koherens, kognitiv deltakelse, kollektiv handling og refleksiv oppfølging, noe som ligger til grunn for strukturen av dette kapittelet. I tillegg gjennomgås resultatet av spørreskjemaet, som altså har bidratt til å innsamle og visuelt fremstille kvantitativ data i form av forskjellige diagrammer. Det kvantitative innblikket er et godt utgangspunkt for videre diskusjon og kvalitativ data samlet inn i form av intervjuer. Alt dette ligger til grunn i dette kapittelet.

5.1 Kvantitativt innblikk

Spørreskjemaet viser oss hvordan demografiske variabler korrelerer med opplevelse av EPJ, nemlig resultatet av NPT-toolkit. Jeg innhenter de demografiske opplysningene om informantene mine, blant annet alder, arbeidserfaring, utdanning og kjønn. I tillegg får jeg verdiene fra NPT, som beskriver helsepersonells opplevelser av vår komplekse intervensjon. Til sammen var det 18 utfylte spørreskjemaer med demografiske variabler og følgelig svar på de 16 spørsmålene som NPT-toolkit består av. Dette kan beskrive utvalget mitt på en ny måte og berike resultatet av undersøkelsen. Når man begynner å reflektere over digitalisering og eventuelle hindringer for denne prosessen, kan man fort anta at utdanning, alder og kjønn har mye å si for utfallet. For å sjekke dette er det lurt å innledningsvis gjennomgå det kvantitative innblikket.

NPT-toolkit består av 16 påstander hvor man må vurdere om i hvilken grad respondenten er enig eller uenig ved å plassere sitt svar på skala fra 0 til 10 (hvor «0» betyr at respondenten er

«helt uenig» med påstanden og «10» betyr at respondenten er «helt enig»). Dette ligger til grunn for et radardiagram (se figur nr. 3) som har 16 akser i samband med de overnevnte 16 påstandene (Opplevelse av EPJ-iverksettelsen; Ilenkov, 2020). Verdier på hver akse er de toppene som til sammen utformer den blå linjen. På det sammenslåtte radardiagrammet kan man se overnevnte faktorer som koherens (akser 1-4), deltakelse (5-8), handling (9-12) og oppfølging (13-16). Denne type diagrammer brukes for å visuelt fremstille multidimensjonale prosesser som digitalisering tydeligvis er (May et al., 2011).



Figur 3 Relativt lave resultater

Dataene viser oss at deltakerne vurderer innføringen av EPJ som noe positivt.

Gjennomsnittresultatet er 8,2 poeng på en skala fra 0-10. Deltakerne har vurdert høyest koherens: 8,5, kognitiv deltakelse: 8,1, kollektiv handling: 8,0 og refleksiv oppfølging: 8,1 poeng. Disse tallene er ganske jevne, noe som tyder på at den komplekse intervensjonen var godt gjennomtenkt og systematisk gjennomført i enheten vår. Dette førte til at intervensjonen har blitt normalisert og forankret i foretakets rutiner. Med andre ord, EPJ har blitt fullstendig implisert i den enheten. Dersom man ser nærmere på diagrammet får man se at respondentene

har gitt relativt lav vurdering på enkelte områder. Dette gjelder spørsmål nummer 5¹, 8², 11³ og 15⁴ med 7,6, 7,5, 7,5 og 7,2 poeng, noe som er markert med en punktert firkant på figur nr. 3.

Når respondentene mine vurderte deres personlige fornøyelse med det nye verktøyet ga de det bare 7,2 poeng. Resultatet er relativt lavt i forhold til gjennomsnittet på 8,2 poeng. Dette kan ha sammenheng med To-faktorteorien, som skiller mellom motivatorer og hygieniske faktorer på en arbeidsplass (Herzberg, 1993). Digitalisering er en av de hygieniske faktorene og derfor er den enkelt ansatte sjelden fornøyd med denne utviklingen.

Ifølge en rekke av berømte amerikanske psykologene, blant annet Abraham Harold Maslow og Frederick Irving Herzberg, blir ansatte fornøyde av å fullføre behovene sine på høyere nivå av behovspyramiden, blant annet mestring, anerkjennelse, gruppetilhørighet, ansvar og selve arbeidets art (Herzberg, 1993; Maslow, 1987). Alle disse utformer *de motiverende faktorene* eller *motivatorer*, som rett og slett gjør ansatte fornøyd av jobben de gjør, mens misnøye ligger til grunn for *de hygieniske faktorene*. Disse er bygd på lønnsnivå, arbeidssikkerhet, arbeidsbetingelser, fritid og ferieavvikling (Herzberg, 1993). Digitalisering er jo blant de hygieniske faktorene og derfor er det helt naturlig at helsepersonell opplever mindre fornøyelse med EPJ.

Funnene gjenspeiles i de innsamlede intervjuene og skal drøftes videre i teksten. Det er viktig å understreke at svarene på spørsmålet om det var gitt tilstrekkelig opplæring, 7,5 poeng er et gjennomsnittlig resultat. Dersom man deler respondenter i to grupper, blant annet én som ikke har høyere utdanning og én med 3-årig høyskole- eller universitetsutdanning, så ser man at de to gruppene ikke er like fornøyd med gitt opplæring og veiledning (se figur nr. 4). Dette kan

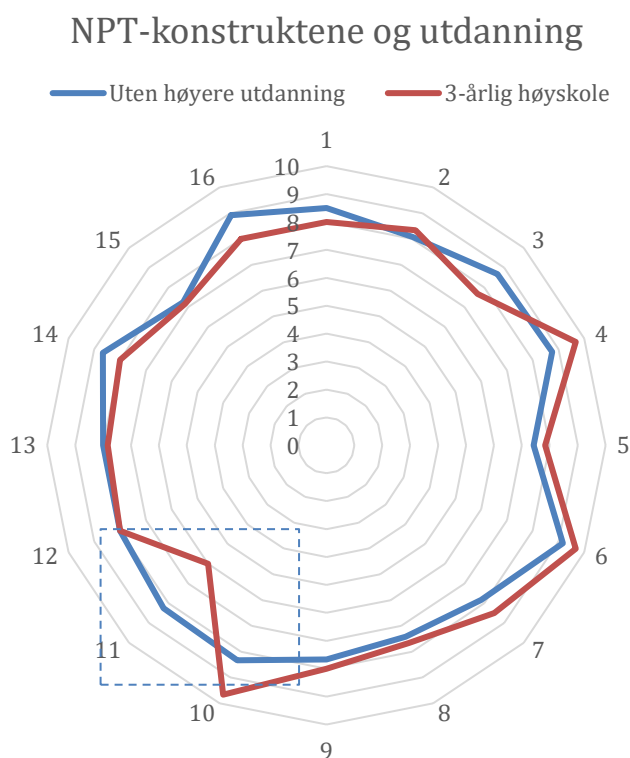
¹ Hjelper nøkkelpersoner til å bruke [EPJ-en]?

² Deltar du aktivt i [EPJ]-implementeringen?

³ Har du fått tilstrekkelig opplæring for å bruke [EPJ-en]?

⁴ Er du personlig fornøyd med å bruke [EPJ-en]?

tyde på at det finnes forskjellige behov for bruk av EPJ i henhold til utdanningsnivå. Det kommer jeg til å belyse i delkapittel 5.4 om kollektiv handling.



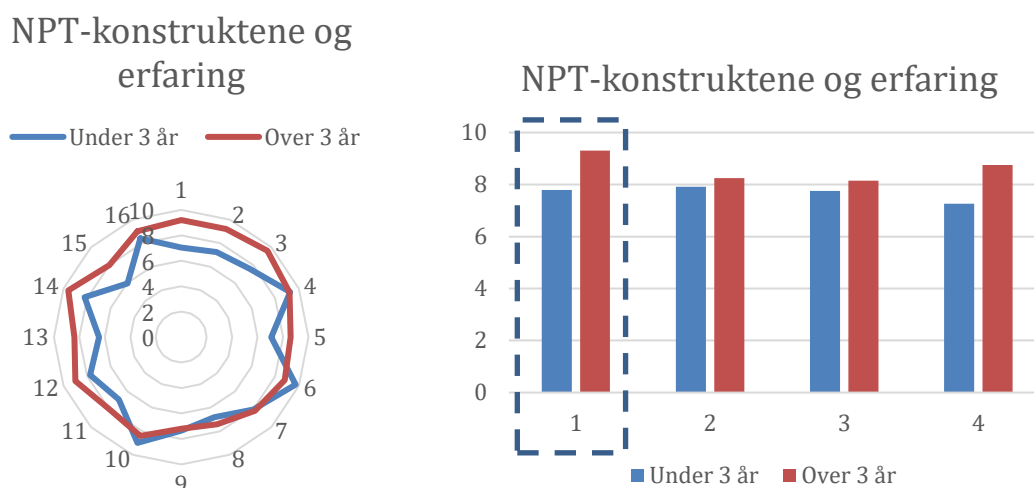
Figur 4 NPT-konstruktene og utdanning med søkelys på opplæring

Når det gjelder sammenheng mellom NPT-toolkit og demografiske variabler må vi avklare fordelingstype og signifikansnivå. I samsvar med disse har jeg gjennomført hypotesetesting. Nullhypotese H_0 påstår at det ikke er noe vesentlig forskjell mellom to utvalgte gruppene av respondenter hvor eventuell forskjell kan skyldes tilfeldigheter. Da påstår H_1 at det er en vesentlig forskjell mellom to grupper, noe som videre tyder på en viss sammenheng. Vi antar at dataen vår er normalt fordelt og velger et signifikansnivå på 5%. Det er viktig å understreke at 18 respondenter ikke kan regnes som et nok representativt utvalg utfra statistisk populasjon. Det vil si at konklusjonene våre, basert på det kvantitative datasettet mitt, bare har betydning for utvalget vårt og for så vidt beskriver respondentene våre i et annet perspektiv enn en rent kvalitativ studie gjør.

Menn og kvinner opplevde innføring av EPJ på hver sin måte, men forskjellen var langt mindre enn vi antok på forhånd. Det var også minimale forskjeller mellom ulike

utdanningsnivå, noe som tyder på at verken utdanning eller kjønn av ansatte var betydelig med tanke på opplevelse av den komplekse IKT-intervensjonen i utvalget mitt. Allikevel bør vi ikke glemme at det norske samfunnet er preget av en høy grad av likestilling og forskjeller i dette er relativt lave. Jeg tror at man kunne få et annet bilde av tematikken i andre deler av verden. Ergo må vi beholde H_0 og si at verken utdanning eller kjønn gjør noe vesentlig forskjell som gjelder helsepersonells opplevelser av digitalisering i utvalget mitt.

Når det gjelder NPT-konstruktene og arbeidserfaring er resultatet litt annerledes. De som har jobbet lengre enn 3 år i virksomheten har høyere resultat på alle fire konstruktene, men kun i en av den var forskjellen vesentlig, nemlig i koherens (se figur nr. 5). Dette er et interessant funn som tyder på at arbeidserfaring hjelper helsepersonell til å se for seg innføring av nye teknologiske løsninger.



Figur 5 NPT-konstruktene og arbeidserfaring

De skjønner godt hva vanlig arbeidsutøvelse innebærer, og derfor er det lettere for dem å forestille seg hva eventuelle endringer vil bringe med seg. Kanskje de selv har erfart ulemper og utfordringer med gammel måte å jobbe på, som gjør dem enige i målet av innovasjonen. Samtidig forstår de hva den innovasjonen vil kreve av dem i fremtiden. Til slutt kan de sakkyndige vurdere viktigheten av en slik innføring. Alt dette tilsier at arbeidserfaring er en viktig faktor når det gjelder koherens og forståelse av innføring av EPJ, og derfor må vi forkaste H_0 .

Når det gjelder NPT-konstruktene og alder finnes det ingen vesentlig forskjell, men hvis vi setter terskelen litt lavere oppdager vi at alder er av relativt betydelig. Med å «*sette terskelen litt lavere*» mener jeg å øke signifikansnivået til 10%. Dette gjør at nok en variabel utgjør en vesentlig forskjell i koherens og felles forståelse av innføring av EPJ, nemlig alderen på respondentene. Alder på ansatte henger antakelig sammen med arbeidserfaring, men likevel gir den nok en mindre forskjell enn sistnevnte. Med det belyst, kan vi hevde at alder er en livserfæringsparameter, mens arbeidserfaring er mer spesifikk og mer knyttet til en eller annen arbeidsplass. Det vil si at livserfaring hjelper til å forestille hva innovasjon skal innebære, men ikke i like stor grad som arbeidserfaring gjør.

5.2 Koherens

I dette delkapittelet belyses deltakernes opplevelser av deres koherens for hva innføringen av EPJ innebærer. Jeg bruker begrepet kompleks intervensjon som gjenspeiler innføring av EPJ i Norges kommunale sektor. Intervensjonen innebar flere vesentlige endringer som helsepersonell har møtt i arbeidshverdagen sin når det gjelder måten å registrere medisinske opplysninger på. Helsepersonells opplevelser av disse endringer er gjenstanden av studien min og jeg vil gjerne belyse det, i henhold til NPT og dens fire konstrukter. Jeg vil starte med det første konstruktet, nemlig koherens. Konstruktet gjenspeiler helsepersonells felles forståelse av intervensjonen, noe som er en viktig del av opplevelser knyttet til denne.

I sammenhengen vår innebærer koherens at deltakere klarer å skille mellom vanlig arbeidsutøvelse før og etter intervensjonen, er klar over hovedmålet for intervensjonen, forstår hva selve iverksettelsen krever av dem og viktigheten av å innføre denne. Det er viktig å understreke at koherens, ifølge det kvantitative datasettet mitt, ligger på det høyeste nivået blant de fire NPT-konstruktene, med verdien 8,5 poeng.

Informantene mine viser forståelse for EPJ og setter for så vidt likhetstegn mellom selve arbeidet og registreringer: «*Det er viktig at vi gjør jobben vår og ikke minst registrerer alt som kreves i [EPJ-en]. Hvis man har gjort jobben sin, men ikke har registrert, så man har ikke gjort jobben sin*» (Informant nr. 5; Ilenkov, 2020). Dette understreker hvor viktig registreringer er for å holde hjulene i gang og ikke minst felles forståelse for, samt enighet i det faktum. Det er et godt utgangspunkt for høyt nivå av koherens blant helsepersonellet.

Emosjoner er i seg selv en viktig del av helsepersonells opplevelser og undersøkelsen viser at det er mange av disse emosjonene knyttet til digitaliseringen. Hvis vi begynner med følelsen av trygghet så får vi følgende tilbakemelding: *«Det er alltid sånn når man går fra trygghet til noe nytt. Du har papir du har det trygt og så plutselig skal du bruke data istedenfor. Da blir det skummelt, men etter man har blitt trygg på [Elektronisk timeføring] begynte man å sette pris på oversikten man får på [Elektronisk timeføring]»* (Informant nr. 4; Ilenkov, 2020).

Dette gjelder innføring av det elektroniske timeføringssystemet som benyttes i enheten. Det har blitt iverksatt for lenge siden, men informanten viser til den innføringen som et godt eksempel.

Noe lignende beskriver en annen informant når man ikke lenge føler skikkethet i jobben man gjør: *«Det må være at jeg eller folk kjenner uskikkethet, ikke er trygg på bruk av det, ikke har fått nok informasjon, kanskje informasjon på et personalmøte som jeg ikke har forstått så ble det ikke tatt med og ned. Det er viktig at det som blir informert om i større gruppe blir på en måte jobbet med i og veiledet med på. Så det er klart at det er på en individuell plan»*

(Informant nr. 9; Ilenkov, 2020). Dette kan fort føre til frustrasjon og minsket deltakelsesnivå i helsepersonellet dersom man ikke får den informasjonen man trenger. Koherensen handler om nettopp dette at forståelse for innførings endringer fører til motivasjon og hever handlekraft av helsepersonellet. Det er personellet som setter i gang og utøver endringer og derfor er det viktig å sørge for at tilstrekkelig og nødvendig informasjon gis til riktig sted og tid. Nå ser vi at forståelse henger tett sammen med motivasjon og helsepersonells handlekraft, noe som gjenspeiler personalets opplevelser.

Papirregistrering ga rom for en viss grad av selvsjukt i form av lange fortellinger om hva pasientene hadde gjort og vært med på i løpet av en vakt. Det var en større frihet når det gjelder håndskrevne rapporter: *«Når skrev vi på papir, skrev vi at bruker var på tur, sånn og sånn. Du visste hva bruker har gjort og visste at du har gjort noe. [EPJ] er ikke sånn. Om dere går på tur, på kino og sånt så det ikke skal komme på [EPJ-en]. Det skal bare stå at dere var i aktivitet. Så jeg tror at mange savner det, å vise hva bruker har gjort og vise at bruker er i forskjellige aktiviteter også hvor flink jeg var»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). Nå mister man den delen av registreringer som kan føre til mindre motivasjon og deltakelsesnivå. Man

mister for så vidt følelsen av stolthet av det man gjør til daglig og enkeltes innsats kan bli oversett.

Innsatsen kan bli usynliggjort i det nye digitale registreringssystemet. Allikevel regnes ikke slike opplysninger som nødvendige, og systemet kan fort bli fylt av disse. Det finnes en lignende utfordring beskrevet i Hauge sin oppsummering: *«Journalsystemene bidrar ikke til strukturering i de versjonene som foreligger for dagens helsepersonell. Innholdet i journalen blir derfor i stor grad ustrukturert informasjon i form av fritekst som vanskelig kan brukes til videre databehandling»* (Nielsen Hauge, 2017, s. 63). Dette fører til at registreringer ikke lenger er oversiktlig for dem som følger med på opplysningene. Dette viser at helsepersonells personlige intensjoner av og til kan motsette seg til EPJ-hensiktene til å nedtegne kun vesentlige medisinske opplysninger som på en måte sikrer oversikten og informasjonsflyten. For å unngå en slik selvmotsigelse med tanke på helsepersonells opplevelser, er det igjen viktig å formidle EPJ-hensiktene og med dette sikre seg en høy koherens.

Ifølge SNL er *«holdning en betegnelse for en tendens til å tenke, føle og handle positivt eller negativt overfor noe, som bestemte objekter, mennesker, ideer, verdier, med mer»* (Svartdal, 2020b). Holdninger er en viktig del av helsepersonells opplevelser og de henger igjen tett sammen med koherens. Det er viktig å understreke at holdninger ikke nødvendigvis er et rasjonelt produkt: *«Holdninger kan være basert på kunnskap eller være ervervet gjennom egenerfaring, men er i mange tilfeller overtatt relativt ureflektert fra foreldre, venner og andre grupper man har valgt å identifisere seg med»* (Svartdal, 2020b). Her ser vi at opplevelser kan bestå av både bevisst og ubevisst innhold og det er svært viktig å ta hensyn til dette når man bygger opp koherensen blant helsepersonell.

En viss mengde av informantene mine har nevnt personlige holdninger som kan være til hinder for innføring av EPJ på arbeidsplassen. Vi bør ha i bakhodet at informantene har nevnt bare negative emosjoner knyttet til innføringen. Vi kan derfor anta at holdninger hovedsakelig er knyttet til negative følelser overfor intervensjonen. Slik uttaler seg en av informantene: *«Det er mye holdninger som hindrer eller virker på hvordan man ser på ting. Om jeg liker digitalisering så er det greit, sant, da er det ikke så mye til hinder. Hvis man ikke liker det så er det verre»* (Informant nr. 5; Ilenkov, 2020). Det tyder på at holdninger kan være til hinder

for EPJ-innføringen, noe som motvirkes av en høy koherens. Med andre ord, for å bygge opp koherens blant helsepersonell må man hele tiden motarbeide negative virkninger av holdninger som til en viss grad kan hemme innføringen.

Man ser selv hvor stor effekt kan holdninger ha i arbeidssammenhengen. I noen tilfellet kan det tyde på personlig nedprioritering av teknologiske løsninger på jobb: «*Det er kanskje tid. At du har så mye tid for det. Du har mye tid med bruker å gjøre og så blir det et kurs som du må gå innom: «Åh, teknologi. Det vil jeg ikke holde på med. Jeg orker ikke mer»»* (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020). Manglende indre motivasjon synliggjør behovet for ytre motivasjon og grundig koherensnivå i oppstarten. Her er det helt åpenbart hvor viktig rolle koherens har for digitalisering og hvor stor del av helsepersonells opplevelser den består i.

Det følgende eksempelet er en god illustrasjon på holdninger som var ureflektert overtatt fra en gruppe som ansatte identifiserer seg med: «*Redd av noe nytt. Det blir gruppeskepsisen rundt det, men når flere har snudd og sa at det var greit å bruke da skepsisen ble borte. Nå ser jeg at kan vi slippe å ha alle disse permene og nå er det lett vint å bruke. Det største redsel da var å miste oversikten, oversikten over brukeren. Nå setter jeg stor pris på at vi slipper nå å skrive så vanvittig mye. Så det er positivt»* (Informant nr. 12; Ilenkov, 2020).

Vedkommende bekrefter hvordan ikke-reflekterte holdninger sprer seg i en konkret gruppe og kan spolere opplevelsen av en kompleks intervensjon. Med andre ord, holdninger er en viktig del av opplevelser og de som står bak implementeringen bør ta stilling til dem for å få et best mulig resultat.

En del informanter mener at denne typen EPJ er lite skreddersydd for enheten, hvilket som gjør registrering lite tilpasset enhetens virkelighet: «*Selve [EPJ-en] er ikke tilpasset boliger som vi jobber i. Da kan det være til hinder for dette her. Det finnes masse informasjon som handler om både fysisk og psykisk helse, utfordrende atferd, og [EPJ-en] gir ikke mulighet for å registrere alt som er relevant for oss. Det vil si at det verktøyet ikke passer for våre behov»* (Informant nr. 3; Ilenkov, 2020). Akkurat den biten er åpen for diskusjon, siden vi må skille mellom relevante medisinske opplysninger og viktig informasjon som ligger utenfor disse. Slike uttalelser tyder på et gap i helsepersonells koherens og en manglende felles forståelse av

viktige medisinske opplysninger, noe som man bør legge mer vekt på under teknologiinnføringer.

Dette gapet ligger til grunn for personlige holdninger som er overrepresentert blant helsepersonellet: *«Jeg kan nevne, blant annet hvorfor man blir misfornøyd med [EPJ-en]. Fordi som jeg har forstått [EPJ-en] var opprettet for sykepleiere. Mange mener at [EPJ-en] ikke er innenfor det yrket som jeg jobber i. Det blir for komplisert. Det blir for mange radet å fylle ut. Det burde vært kortere og tydeligere»* (Informant nr. 18; Ilenkov, 2020). Vi kan finne en lignende utfordring i Hauge sin oppsummering: *«Gjennom utvikling og implementering av e-resept og kjernejournal vil deler av vitale pasientopplysninger kunne deles, men disse løsningene dekker kun en begrenset del av den informasjonen det er behov for å dele og omfatter kun deler av behandlingskjeden»* (Nielsen Hauge, 2017, s. 62). Dette kan tyde enten på at denne typen av EPJ virkelig ikke er tilpasset den aktuelle enheten eller alternativt på manglende felles forståelse av registreringssystemet og lite koherensnivå, eller kanskje til og med på begge deler.

Det finnes en del antakelser eller hypotetiske holdninger som ikke nødvendigvis stemmer. En av mine informanter sier følgende når vedkommende svarer på spørsmål om eventuelle hindringer for digitalisering: *«Det kan også være alder. Hvilken alder man er i faktisk»* (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020). Dette høres ut helt logisk i det første øyeblikk og derfor er det lett å komme med slike antakelser. Allikevel tyder min kvantitative data på det motsatte - at alder ikke har så mye å si med tanke på innføring av EPJ i utvalget mitt. Tvert imot har alder en positiv innvirkning når det gjelder forståelse for endringene som intervensjonen innebærer. Man bør altså ta hensyn til slike holdninger og til det faktiske for å sikre en høy koherens til tross for en del uvitenhet eller feilbarlighet i Habermas sin forstand blant helsepersonell (referert i Skirbekk & Gilje, 2000).

En annen informant kommer med en mer utdypende forklaring: *«Jeg er såpass ung, og jeg vokste opp med en datamaskin. Eldre har ikke det så sliter de med det her. Jeg tror at de er skeptiske til den ting. Når du har vokset med den ting da er du mer åpen for ting. Vi tar det kjappere inn enn eldre gjør som er vant til papirer. For oss er det helt naturlig og det er bare et skritt videre, men for eldre folk er det litt forskjellig»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). Det

kvantitative datasettet mitt beviser egentlig det motsatte, men det er imponerende i hvilken grad den holdningen har forankret seg blant helsepersonellet. Det kan begrunnes på egne erfaringer i møte med eldre ansatte eller på de eldre ansatte som alt for ofte bruker slike forklaringer som en form for unnskyldning.

Noe lignende gjelder arbeidserfaring: *«Personlige egenskaper kan være til hinder til tider. Og mange er kanskje ikke så vant til å skrive på PC. De som jobber kanskje 30 – 40 år. Ja, usikkerhet rett og slett»* (Informant nr. 18; Ilenkov, 2020). Jeg tror at jeg her kan bruke et annet begrep, nemlig *«fordom»*, for å beskrive slike holdninger. Ifølge SNL er *«fordom en holdning basert på mangelfull kunnskap som disponerer en person til å uttrykke antipati overfor personer, grupper, ideer eller objekter. Begrepet brukes særlig om negativ holdning til personer basert på gruppetilhørighet»* (Svartdal, 2020a). Psykologer pleier å skille mellom kulturelle, sosiale, motivasjonelle, personlighetsmessige og kognitive fordommer (Svartdal, 2020a). I tilfellet vårt kan vi kalle disse holdninger som sosiale fordommer hvor gruppetilhørighet er basert på arbeidserfaring og alder. Fordommene er i sin tur en viktig del av helsepersonells opplevelser som prosjektlederen kan ta stilling til i løpet av implementeringen.

En av informanter har delt ut en personlig erfaring knyttet til ledelsens rolle i digitaliseringen: *«Ledelse kan også være til hinder og da er det enda verre. Vi var på en konferanse hvor i lag med oss var en leder fra en annen enhet. Hun var ikke motivert i det hele tatt med tanke på digitale løsninger. Hun ser ikke behov for [EPJ]»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020).

Vedkommende understreker at ledelses engasjement er som vind i seilene når det gjelder innføring av nye teknologiske løsninger på arbeidsplass. Det er viktig å understreke at ledelse også kan ha godt av tilstrekkelig informasjon og en viss grad av koherens. Da er det lettere for den å holde koherens i virksomheten ved like både før, under og etter innføringen.

Når det gjelder viktighet av innføring av EPJ har jeg stilt følgende spørsmål: *«Er det viktig å iverksette digitale løsninger på arbeidsplassen din?»*. De fleste informantene har svart «ja» på det spørsmålet, samt at det var to som var usikre. Informanter er særlig oppmerksomme på sikkerhet og viser til forskjellige aspekter som begrepet innebærer: *«Ja, det jeg synes er viktigste er den her beskyttelse av sensitive opplysninger. Vi har sensitive opplysninger over*

alt. Så på sikt skal det være alt borte, alt av papirmøller. Det synes jeg er mest positive med der her. Det skal være enkelt, men opplær folk ordentlig så skal det være som det skal. Så enkelt for hver enkelte og samtidig beskyttet at vi gir brukerne det de har krav på» (Informant nr. 11; Ilenkov, 2020). De fleste informantene dermed utpeker positive sider av digitaliseringen, deriblant de tre målsetningene som EPJ-leverandøren har sørget for, blant annet tilgjengelighet, brukervennlighet og sikkerhet, noe som uatskillelig forbundet med helsepersonellens opplevelser.

Det er lovpålagt at helsepersonell må beskytte brukernes private opplysninger på en aktiv måte og det tydeliggjøres i det neste utsagnet: *«Jeg tenker at papirskriving er en veldig usikker kilde å samle informasjon på av personvern. Det er fort gjort at man har en profilbok som man skriver ting i, så legger man det fra seg og da er det fritt fram for hvem som helst som får lese sensitiv informasjon»* (Informant nr. 18; Ilenkov, 2020). Uttalelsene synliggjør koherensen og faglig forståelse for intervensjonens mål, noe som er nødvendig for å kunne få endringer normalisert i foretaket (May & Finch, 2009).

En annen informant kommer med et eksempel som understreker hvor viktig det er å beskytte sensitive opplysninger fra uvedkommende innsyn: *«Nå ser vi at en møteperm er vekk. Vi vet ikke hvor det er hend. Det er masse informasjon i den permen. Det problemet slipper du på en datamaskin»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). I tillegg må man huske at loven som tilsier at det skal ta vare på medisinske opplysninger i lange perioder, i noen tilfeller er det opptil 10 års varighet: *«Det er den retningen alt går i så er det mye lettere å samle informasjon på en PC istedenfor at det skal være voldelige papirarkiver å ta vare på. Så det er mye mer praktisk og oversiktlig»* (Informant nr. 14; Ilenkov, 2020). I denne sammenhengen kommer EPJ med store fordeler når det gjelder sikkerhet og oppbevaring av dataarkiver. Alt dette tyder på at helsepersonells opplevelser av EPJ-innføringen er preget av deres felles forståelse av intervensjonen og endringer denne innebærer.

I tillegg uttaler man seg i forbindelse med den økte oversikten: *«Det er fint at man kan sjekke informasjon fra tidligere vakt eller for hele måned»* (Informant nr. 1; Ilenkov, 2020). Dette igjen handler om økt tilgjengelighet og fører til mer brukervennlighet og sikkerhet.

Vedkommende utdyper svaret sitt med en liten detalj som ærlig talt kan ha en stor betydning

for pasientjournalføring: *«Det er alt for mye jobb med papir. Og det finnes en ting til. Mennesker har forskjellige håndskrifter som kan gjøre registreringer uleselige. Det blir vanskelig å lese, forstå eller oversette»* (Informant nr. 1; Ilenkov, 2020). Helsepersonellet er relativt mangfoldig, inkludert en stor avdel innvandrere. I denne sammenheng kan digitaliseringen innebære visse fordeler når man lar være å skrive for hånd. Det viser at en liten detalj kan ha en relativt stor betydning for helsepersonells opplevelser når vi anser det som en mangfoldig gruppe.

Når det gjelder informasjonsflyten sier man følgende: *«På en måte så har vi alt som vi trenger for å gjøre jobben vår. Istedenfor å leite etter informasjon i diverse permer kan vi lett finne alt på data. Så vi får større forståelse for jobben, tror jeg, for hverandre. Så blir det et stikkord – kommunikasjon mellom helsepersonell og andre involverte aktører. Informasjon blir mer tilgjengelig, og det gir oss trygghet rett og slett»* (Informant nr. 5; Ilenkov, 2020). Dette er nettopp det som Samhandlingsreformen innebærer, og det som også belyser poenget med selve digitaliseringen i helsevesenet. Den forståelsen tyder på et høyt koherensnivå blant informantene mine som igjen viser nødvendighet av å informere helsepersonell om intervensjonen på en helhetlig måte.

De fleste informantene er positivt innstilt vedrørende digitalisering: *«Ja, det tenker jeg. Det er veldig viktig. Vi er i et digitalisert samfunn så vi må følge med. Det er kjempe viktig. Det er en fin del av samfunnsutvikling»* (Informant nr. 9; Ilenkov, 2020), men en del av dem uttrykker at de ikke har noe valg. De er på en måte fanget i utviklingen og kan ikke gjøre noe med det. Det blir for så vidt hjelpeløst og forsvarsløst når det gjelder verdensutviklingen: *«Det blir mer og mer teknologi i alt: skole, all utdanning. Så må vi tilføre det på arbeidsplassen også. Selv om jeg er selv imot det, men det er utviklingen vår»* (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020). Dette tyder på at helsepersonell ikke kan avvike innføringen selv om det kunne ønsket det, noe som fremviser dets maktløshet fremfor den moderne teknologiutviklingen. Avmakta som oppleves av enkelte ansatte er også en viktig del av opplevelser som helsepersonell får i løpet av en kompleks intervensjon.

De fleste informantene mener at privat erfaring av å bruke digitale tjenester har positiv innvirkning i arbeidssammenheng. Det vil si at de fleste av dem ser for seg fordeler av å bruke

digitale tjenester både på jobb og hjemme. Dette er delvis gjenspeilet i det kvantitative datasettet mitt som viser at livserfaring generelt øker forståelse av det som digitalisering innebærer. Når det gjelder opplevelser av helsepersonell ser vi at arbeids- og privatliv henger sammen. Erfaringene knyttet til digitale tjenester beriker begge sider av personellens liv som i seg selv er en viktig del av opplevelsene.

Vi kan til dette tilføye at livserfaring knyttet til bruk av digitale tjenester hjemme, blant annet øker forståelse for innføring av nye teknologiske løsninger i arbeidssammenheng: «*Det kan være vanskelig når man bruker dem for første gang. Deretter blir det en vanlig ferdighet. Jeg tror at det skal bli det samme med [EPJ-en]*» (Informant nr. 1; Ilenkov, 2020). Vi får igjen høre at øvelse gjør mester: «*Ja, jo mer du sykler jo flinkere du blir å sykle. Det er uansett hva slags terreng og hva slags sykkel vi snakker om. Når du bruker data så gjør det enklere til neste steg. Digitaliseringen blir jo enklere. Du får liksom mere forståelse på hva som skjer og får bruke den i andre deler av livet*» (Informant nr. 8; Ilenkov, 2020). Det tyder på at privat erfaring av å bruke digitale tjenester indirekte hever koherens knyttet til intervensjonen.

Det er derimot en informant som gjerne vil skille mellom privat erfaring og arbeidserfaring ved bruk av digitale tjenester: «*Ja, det er for så vidt greit, men når man sitter hjemme på Facebook er man ikke så redd av å gjøre feil. På jobben er man mest opptatt av å ikke gjøre feil. Ingen ønsker å få avvik, sant?*» (Informant nr. 12; Ilenkov, 2020). Akkurat denne påstanden er ganske diskutabel, siden en feil i privat bruk av digitale tjenester også, bokstavelig talt, kan koste vedkommende dyrt når det gjelder for eksempel bruk av Bank-ID.

På den måten har det den nødvendige koherensen blitt oppnådd, slik at følgende kompleks intervensjon har blitt igangsatt. NPT har blitt utarbeidet på bakgrunn av mange helseprosjekter som ikke har blitt normalisert i helsevesenet (May et al., 2009), noe som NPT har til felles med en rekke andre sosiologiske studier (Greenhalgh, 2017; Pope & Kautter, 2007). EPJ som er omhandlet i studien min, har likevel blitt normalisert i den kommunale helsetjenesten. Så selv om EPJ-en har blitt iverksatt, har det ført til en viss mengde blandede opplevelser blant helsepersonell.

NPT bidrar til å strukturere innsamlet data i samsvar med sine konstrukter. Strukturen klargjør datasettet til videre analyse og setter funnene i en sosiologisk kontekst. Selv om NPT kan virke alt for instrumentelt i forhold til andre teoretiske tilnærminger, disponerer den en verktøykasse for å bearbeide datasettet og belyse sine fire konstrukter og deres rolle i den komplekse intervensjonen. Konstruktene er tett knyttet til helsepersonells opplevelse av EPJ-innføringen og det samarbeidet skjer på tvers av sosiologiske og tekniske perspektiver. Som vi ser nå, har EPJ-ansvarlige skaffet den nødvendige koherensen som i mange tilfeller er grunnmuren for den videre innføringen. Med andre ord, helsepersonell har fått tilstrekkelig informasjon angående digitaliseringen, som igjen muliggjør det neste steget – kognitiv deltakelse.

5.3 Kognitiv deltakelse

I dette delkapittelet belyses deltakernes opplevelser av deres kognitive deltakelse og forankring av EPJ i enhetens drift. Konstruktet gjenspeiler helsepersonells felles arbeid for å skape en «*bevegelse*» som har makt til å endre praksis. Deltakelsen består i at man involverer, engasjerer - og forankrer ideen hos alle nødvendige aktører, som for eksempel kommunale politiske og administrative aktører. Dette innebærer også oppfølging av ledere og ansatte med tanke på praksis i arbeidshverdag og utarbeidelse av rutiner.

I sammenhengen vår innebærer kognitiv deltakelse hjelp av nøkkelpersoner i løpet av selve intervensjonen. Det aspektet forutsetter at nøkkelpersonene har nok kapasitet og har fått tilstrekkelig opplæring for å kunne bistå helsepersonell i forankringsarbeidet. Arbeidet består i installering av verktøyet, oppretting av pasientprofiler og planlegging av følgende kollektiv handling. Alt dette gjør nøkkelpersoner uerstattelig i et slikt arbeidsforløp. Da er det interessant å få vite helsepersonellens opplevelser av om nøkkelpersoners bistand var tilstrekkelig i løpet av igangsetting og forankring av EPJ i kommunen. Det er viktig å understreke at det, ifølge det kvantitative datasettet mitt, ligger en kognitiv deltakelse på 8,1 poeng. Dette betyr at helsepersonell har deltatt tilstrekkelig i løpet av forankring av EPJ i virksomhetens drift, som i seg selv er en viktig del av opplevelser.

Noen informanter konstaterer at nøkkelpersoner var lite tilgjengelige i løpet av selve innføringen: «*Jeg tror at [individuell veiledning] er også veldig fint. Det styrker bare*

kompetansen inni [EPJ-en]. Men igjen hvis det blir på en person, så kan det bli for mye. Da kan det ta lang tid når andre ansatte begynner å sette seg inni det. Da kan det føre til usikkerhet» (Informant nr. 18; Ilenkov, 2020). Med andre ord, kompetanse må være tilgjengelig. Hvis det er kun en person som har det ansvaret, kan det plutselig føre til utrygghet og usikkerhet, som vedkommende påpeker. Den tilliten som oppstår mellom vanlige ansatte og nøkkelpersoner er en viktig del av opplevelser og som i sin tur sikrer implementeringsløp i enheten. Da er det viktig å sørge for at kompetente ansatte er tilgjengelig hvor og når det trengs.

Det finnes også en annen faktor som preger nøkkelpersoner, nemlig deres begrensede kompetanse når det gjelder bruk av avanserte funksjoner: *«Jeg savner det at folk har litt erfaring på [EPJ] som jeg kan spørre, ikke på det høye nivå som jeg trenger. Jeg trenger å skrive prosedyrer, endre prosedyrer, sende PLO-meldinger. Det var mye googling i starten for å finne ut alt»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020), noe som kan føre til frustrasjon og misnøye. Dette tyder på at det var et stort behov for en viss mengde av kompetente nøkkelpersoner som kunne bistå helsepersonellet på forskjellige nivå, både grunnleggende og viderekomne. Så det er ikke rart at mangel på kompetanse kan føre til frustrasjon og misnøye.

Følgende informant peker på nettopp manglende indre motivasjon knyttet til digitalisering: *«Jeg tenker også det at hvis du ikke har noe interesse for digitaliseringa, hvis du synes at disse ting er vanskelige, hvis det er noe som du absolutt ikke bryr deg om og du ser den ting bare som en utfordring, så uansett om jeg veileder deg masse eller noen veileder meg masse. Så lenge du er ikke interessert så er det vanskelig å få deg innenfor»* (Informant nr. 5; Ilenkov, 2020). Man understreker at manglende indre insentiver er mye tungere enn ytre, nemlig opplæring og veiledning. Denne uttalelsen gjenspeiler en grunnleggende utfordring som er vanlig i den norske helsesektoren, noe som samhandlingsformen viser til: *«Det er krevende å tilrettelegge nye rutiner og arbeidsprosesser, sikre nødvendig kompetanse samt interesse og tid hos helsepersonell. Det har til en viss grad vært vanskelig å forene fag- og IKT-interessene»* (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 134). Denne utfordringen finner vi altså både på lokalt og nasjonalt nivå. Alt dette gjenspeiles i kollektiv handling og måten den utføres.

Kognitiv deltakelse er det andre NPT-konstruktet som er et mellomledd mellom deltakernes felles forståelse av intervensjonen og deres kollektive handling. Konstruktet aktiviserer både kognitive og materielle ressurser for å sette i verk de endringene som intervensjonen innebærer. En slik fase i implementeringen er preget av at nøkkelpersonenes kompetanse er tilgjengelige, at helsepersonell er enig i at endringer er nødvendige i deres daglige arbeid, at de er involvert og at de deltar aktivt i verktøyets implementering - noe som er av stor betydning i helsepersonellens opplevelser.

I søkelyset av kognitiv deltakelse er altså helsepersonellens evne til å endre på arbeidet sitt i samsvar med intervensjonens krav. Vi ser at informantene uttaler seg vedrørende kognitiv deltakelse som er en stor del av deres opplevelse. NPT-en fremstiller i sin tur disse opplevelser i sammenheng med forståelse og direkte kollektiv handling. Sammenhengen viser en tydelig tråd gjennom hele implementeringsløpet, noe som fører til en sosiologisk forståelse av det fenomenet.

5.4 Kollektiv handling

I dette delkapittelet belyses deltakernes opplevelser av deres kollektive handling og praktisering av EPJ i kommunen. Konstruktet gjenspeiler helsepersonells felles arbeid for å gjennomføre endringer i praksis. Kollektiv handling er et flerdimensjonalt begrep som henger sammen med både tekniske spesifikasjoner av en kompleks intervensjon og praktiske aspekter på individ- og gruppenivå. Blant annet sosiale roller og normer, intensjoner og forpliktelser, faglig dyktighet og helsepersonells kompetanse. Alt dette bidrar til at kollektiv handling aktualiseres i endringer i helseforetaket. Ifølge det kvantitative datasettet mitt ligger kognitiv deltakelse på 8,0 poeng, noe som også er en del av helsepersonells opplevelser.

Kollektiv handling innebærer at helsepersonell bruker EPJ uten vanskeligheter. Det aspektet av kollektiv handling synliggjør samspillet mellom tekniske og praktiske faktorer i løpet av en kompleks intervensjon, noe som for så vidt sikrer objektivitet i studien min. Kollektiv handling påvirker både interaksjoner mellom helsepersonell og nye verktøy og kontekst hvor intervensjonen pågår. Dette er en vesentlig del av helsepersonells opplevelser knyttet til tekniske spesifikasjoner av EPJ-innføringen hovedsakelig.

Jeg har spurt informantene mine om EPJ var nok brukervennlig iverksatt hos dem. De fleste deltakere er fornøyd med måten EPJ har blitt iverksatt på og dette gjenspeiler helsepersonellet sine opplevelser: *«Ja, det vil jeg tro. Så som jeg ser det og jeg har gått rett inni og det er nylig innført så tror jeg det er det. Selv om man kan høre at noen synes at eller de vegrer seg litegran for at de må gå og skrive, men andre sier at alt går så bra, «kom igjen, jeg skal vise deg». Så klart at man blir litt tryggere etter hvert. Men vi er forskjellig»* (Informant nr. 9; Ilenkov, 2020). Det var imidlertid noen forslag til forbedring som jeg også kommer til å gå gjennom.

En del av informanter har uttrykket misnøye og nevnte negative opplevelser knyttet til pålogging, som tar for lang tid: *«Det tar alt for lang tid for å komme seg inn på [EPJ]. Pålogging tar alt for lang tid. Jeg tror at selv om det er sikkert man kan gjøre det lettere allikevel for oss»* (Informant nr. 3; Ilenkov, 2020). Ut fra min personlig erfaring er påloggingen preget av flere sikkerhetsrutiner som kan gjøre denne litt mer komplisert enn man opplever hjemme. Dette kan i mange tilfeller føles som unødvendig komplisert og tungvint, men det finnes et lovpålagt krav som tilsier dette. Her ser vi at vedkommende viser til lite forståelse når det gjelder sikkerheten og dette understreker at koherens er viktig i alle implementeringsfasene. Dersom helsepersonell blir fullstendig informert om sikkerhetskravene kan opplevelsene være mer positive.

Når det gjelder selve verktøyet var en del informanter ganske kritisk til dette. De peker på noen spesifikasjoner som denne typen EPJ innebærer. Det var sagt at det er alt for mye klikking som gjør systemet lite intuitivt. Dette fører til at verktøyets brukere sliter med å huske alle mellomledd i registreringen: *«Forskjellige aldersgrupper og diverse enheter. Så det kunne vært mer justerbart»* (Informant nr. 16; Ilenkov, 2020). Dette henger sammen med en tidligere uttalelse om at verktøyet er lite skreddersydd for denne enheten og helsepersonellet. Vedkommende kommer med et eksempel som jeg personlig er enig i: *«Det er for eksempel medisin. Du trenger kun et symbol for medisin. Det trenger ikke å være to forskjellige måter å registrere medisin på. Nå må en person som gir medisin registrere på pilen mens den andre som observerer må kvittere utført. Det trenger ikke å være så avansert. Det holder med et symbol»* (Informant nr. 16; Ilenkov, 2020). Her kan man se en interessant tendens som skiller mellom offentlig digitalisering og private digitale tjenester.

En av informanter er veldig opptatt av tekniske sårbarheter som EPJ har fått innebygd i seg. Han peker også på lite intuitive funksjoner som skaper forvirring og misnøye. Det er igjen medisinregistrering som utføres på tre forskjellige måter: *«Det funket i hvert fall på meg. Vi har ikke så mye å gjøre i [EPJ-en]. Det er nesten bare medisin og kvittere. Og det gjør vi som bare det, men selve [EPJ-en] kunne vært bedre når det gjelder medisin, synes jeg»* (Informant nr. 17; Ilenkov, 2020). Vedkommende utdyper svaret sitt slik: *«Vi har medisin på siden, sant? Vi må gå dit og få kvittert, ikke at det blir kvittert på forskjellige plasser. Det blir da lettere for dem å sjekke det også, at det står på en side, sant? Jeg skal gi medisin og ikke vet hvor jeg skal skrive det. Så der hadde jeg litt problemer at det blir på mange forskjellige plasser»* (Informant nr. 17; Ilenkov, 2020). Med andre ord, programvareleverandører bør være opptatt av å unngå slike lite intuitive funksjoner, som ofte kun skaper unødvendige vanskeligheter med registrering.

Det kunne absolutt være forenklet og gjort mer praktisk. I tillegg begrenser denne typen EPJ-registreringer det som omhandler lange turer og lengere opphold utenfor den enheten: *«For å ha den med seg på tur for eksempel. Ikke de daglige turer, men når vi farer på turer så kan vi være borte i ei uke og det er mye som skal skrives ned eller huskes. Det kunne vært lurt å ha et nettbrett som du kan registrere i offline modus og når man kommer der hvor er Wi-Fi så lagres det»* (Informant nr. 16; Ilenkov, 2020). Vedkommende fortsetter med forskjellige forbedringer som kunne forenklet registreringer: *«Det skulle vært at første gang du bruker den får du et lite tegn i selve programmet som forteller hva det er og hvordan gå videre. Husker du gammel Word med den binders som kunne støtte brukere. Det samme må være innebygd i [EPJ-en] og være der hele tiden»* (Informant nr. 16; Ilenkov, 2020). I den forstand er denne typen av EPJ lite tilrettelagt for vanlige brukere, som igjen gjør interaksjonen mellom helsepersonell og intervensjonen vanskelig. Dette kan i verste fall forverre eksisterende informasjonsflyt blant helsepersonellet, noe som ikke er heldig.

Mange blant helsepersonellet er redde for å gjøre feil, og denne frykten kommer frem i forskjellige former i mine innsamlede intervjuer. Frykten er preget av at helsepersonell generelt sett har mye ansvar for pasienter og registreringer. Denne er en felles følelse som kan oppleves uavhengig av utdanningsnivå og arbeidserfaring: *«Du kan ikke gjøre noe virkelig galt på papir eller du kan viske det bort. Det verste som man kan gjøre er å ordlegge seg feil.*

På data derimot kan man slette ting. Jeg tror at mange er redd hva skal jeg gjøre hvordan skal jeg gjøre det osv. Mange er redd for å gjøre noe feil» (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020).

Det er derfor tilstrekkelig opplæring og veiledning er avgjørende for å minske slike opplevelser knyttet til negative emosjoner.

I noen tilfeller kan utvidet ansvarsnivå føre til større redsel: *«Når vi kommer til dokumentering av medikamenter og jeg mener at det skal være som at hver gang når du setter deg i bilen du må være redd for å miste lappen. Det gjør at du er skarp og gjør det bedre, du kjører bedre. Hvis jeg gjør tabber i min jobb så det kan få livsfarlige konsekvenser som gjør at jeg er livredd for å miste min autorisasjon. Og det er viktig at du må være litt redd for å miste autorisasjonen din. Det skal ikke utvikle angst for å ikke gjøre noe fordi det er enda verre det, men det kunne vært et testprogram så kunne jeg gå det vanlige programmet og utfylle alt riktig og følle meg trygt ikke minst. Hvis jeg ikke klarer å gjøre min jobb så kan jeg ikke si at «jeg har gjort en god jobb». Og hvis jeg ikke mestrer det hvordan skal jeg lære bort mestring»* (Informant nr. 15; Ilenkov, 2020). Det finnes rom for forbedring av den versjonen av EPJ i form av redigerings- og testefunksjoner som kan hjelpe til opplæring og veiledning.

En annen løsning ser en av mine informanter foran seg: *«Det var kurs i en annen kommune og da hadde vi en testperson som vi kunne prøve og feile akkurat som vi ville. Det var en sikker kilde»* (Informant nr. 18; Ilenkov, 2020). Vedkommende påstår at det har hjulpet til å bli en mer sikker bruker av EPJ: *«Da kunne jeg følt meg mye tryggere på og klikke på ulike greier i [EPJ] for å finne hvordan man gjør det. Hvis jeg feilet så kunne jeg gått tilbake»* (Informant nr. 18; Ilenkov, 2020). Den funksjonen var tilgjengelig for en veldig kort stund bare i begynnelsen av iverksettelsen og ble tatt bort om noen uker. Det kunne absolutt vært en fordel å ha den testpersonen permanent. Den imøtekommer behovene til både erfarne arbeidere og nyansatte.

Det finnes en annen utfordring knyttet til selve intervensjonen, nemlig behov for dobbelføring av både papir- og digitalregistreringer. Dette kan igjen være ekstra belastende i arbeidshverdagen når det gjelder tilgjengelighet av registreringsmateriellet: *«Det er litt vanskelig å finne timeplan eller diverse registreringsskjemaer og [EPJ-perm]. Kanskje vi trenger mer veiledning for å finne frem alle disse dokumentene. Det var først i Word etterpå i*

Excel så mister man på en måte oversikt og det kan minske kvaliteten av tjenestene våre. Det mangles en beskjedbok som handler om alle endringene angående [EPJ]» (Informant nr. 13; Ilenkov, 2020). Det kan fort bli slik at man mister oversikt over dobbelføringen - og å følge med utviklingen blir stadig mer vanskelig. Allikevel må man dobbelføre registrering av medisinske opplysninger for å sikre dem under innføringen.

En annen informant bekrefter en viss grad av misnøye knuttet til tilgjengelighet av datamaskiner: *«Jeg er ikke så begeistret over [denne typen EPJ]. Mange andre som jeg pratet med på arbeidsplass har nevnt litt misnøye rundt [EPJ-en]. Det kommer av, blant annet at jeg personlig ikke synes at det er veldig mobilt. Man er fastbundet til en datamaskin. Sann at hvis det ikke er noe datamaskin som er ledig så må man vente. Det er den ene, den andre er at jeg synes at det er tungvint. Det kunne vært gjort på en enklere måte» (Informant nr. 18; Ilenkov, 2020). Denne problematikken kan digitalisering føre med seg, altså begrenset mengde av datamaskiner for å utføre registreringer.*

I noen tilfeller er datatekniske verktøy lite tilgjengelig og det fører til begrenset opplæring og veiledning: *«Dersom vi kunne hatt en egen PC inne hos bruker så kunne vi hatt veiledning hverdag på bruk av [EPJ-en]. Fordi det er mange som ikke registrerer på grunn av de føler seg usikker. Da mister du mye informasjon» (Informant nr. 14; Ilenkov, 2020). Det vi ser her er at pasienter har forskjellige behov og begrensninger. Utenom å gå i detalj vil jeg understreke at tilgjengelighet av datamaskiner kan variere fra avdeling til avdeling, som selvsagt kan begrense samhandling mellom helsepersonellet på et viktig område, nemlig muligheten å veilede hverandre: «Det er nesten umulig å veilede i arbeidstiden, men hvis vi kunne hatt PC der inne hos bruker da kunne vi veilede kontinuerlig. Også skal du ha et arbeidsverktøy å bruke det så du også må ha det tilgjengelig. Også folk må være trygt å bruke det. Fordi den dokumentasjon vi har nå på [EPJ-en] det er eneste dokumentasjon vi har på hvordan bruker har det. Hvis vi ikke får registrert relevante ting så mister vi det. Og da er det eneste dokumentasjon vi har som henvendelser mot leger og andre ting. Så det er et hjelpeverktøy vi har. Det må folk føle seg trygt på» (Informant nr. 14; Ilenkov, 2020).*

Dette rammer først og fremst individuell veiledning, som etter informantens mening *«funker best»* (Informant nr. 14; Ilenkov, 2020). Vedkommende mener at mangel på datatekniske

verktøy, nemlig datamaskiner, gjør veiledning særlig begrenset: *«Vi har egentlig mulighet å veilede hver dag, men vi mister den muligheten når vi ikke har tilgang til det verktøyet»* (Informant nr. 14; Ilenkov, 2020). Allikevel varierer det i en stor grad fra en avdeling til en annen. Dette understreker at pasienter har forskjellige behov, noe som fører til at tjenestetilbudet blir veldig individuelt tilpasset. Dette kan i noen tilfeller begrense tilgang til et eller annet datateknisk verktøy.

Den kommunale enheten hadde en bestemt kontekst når det gjaldt registrering. Det var en annen måte å registrere medisinske opplysninger på og noe av det som var registrert tidligere hadde ikke blitt med i det nye systemet. Dette skapte en del uklarhet og manglende felles forståelse: *«I oppstarten var det vanskelig fordi at alle registrerte på sin egen måte. Det var kaos i oppstarten, vil jeg si. Det var vanskelig å finne informasjon»* (Informant nr. 13; Ilenkov, 2020). Vedkommende gir et godt eksempel på en slik uklarhet: *«Noen som skrev alt med tekst, noen bare kvitterte, noen med klokkeslett, noen uten»* (Informant nr. 13; Ilenkov, 2020). Dette tyder på at enhetens kontekst begynte å bli gradvis endret.

Når det gjelder manglende felles forståelse og uklarhet er det ekstra vanskelig for de som begynner å jobbe i den aktuelle enheten midt under innføringen: *«Hvis man blir godt tatt med informasjon og bakgrunn så kan det bli mer brukervennlig til vanlige brukere. Selv om det kan være et godt program til sitt bruk, men man trenger også vite bakgrunnen av gjennomføringen av det her. Jeg ble kastet inn i en ikke strukturert samhandling»* (Informant nr. 15; Ilenkov, 2020). Mange føler seg ekskludert og deres deltakelse blir svært begrenset. En annen informant kommer med dette forslaget til forbedring: *«Det kunne vært sånn at nye ansatte kunne ha en dag til opplæring av systemet når med en gang de begynner liksom»* (Informant nr. 10; Ilenkov, 2020), men vi vet at opplæring og veiledning kan foregå i forskjellige former, fra et vanlig kurs til individuell veiledning.

Det andre aspektet her er at helsepersonell stoler på medarbeiderne sine. Aspektet består i helsepersonells ferdigheter og relasjoner blant dette. Tilliten blant helsepersonell er tett knyttet til kontinuerlig opplæring, veiledning og brukerstøtte. Tilliten, som resultat av tett og målrettet samarbeid, styrkes av opplæringen og fører til helsepersonells suksessrike kollektive

handling. Det er derfor viktig at helsepersonell handler i samsvar med gitt opplæring og veiledning og gjør det som er anbefalt.

Arbeidsdeling i det norske helsevesenet er knyttet til både formell kompetanse og realkompetanse. Siden formell kompetanse er en del av utdanningen som helsepersonell tar eksternt, får man realkompetanse internt på arbeidsplassen. I et helseforetak bygger man på kompetansen sin ved å få opplæring, veiledning, ta kurs og delta i møtevirksomhet. Da informantene mine fikk spørsmål om opplæring og veiledning var tilstrekkelig, var det 56% som svarte «nei», 39% «ja» og én var usikker. Det vil si at mer enn halvparten synes at opplæringen kunne vært bedre. Dette er en sammensatt problematikk, som i tillegg inneholder både følelser og holdninger.

Informantene mine fikk uttale seg mest om opplæring og veiledning, og komme med flest mulige forslag til forbedring: *«Jeg synes at personellet kunne fått seg mer grundig opplæring i bruk av [EPJ-en]. Slikt ser jeg det. Alle bør diskutere [EPJ-en] på en grundig måte, og læreren bør vise alle hvordan man bruker [EPJ-en] riktig. Det kunne vært mer opplæring etter min personlige mening»* (Informant nr. 1; Ilenkov, 2020), og dette synspunktet forekommer i en eller annen form i intervjuene mine.

Det er ikke like utfordrende for alle å be om veiledning på jobb. Noen er mer utadvendte, mens de andre kan være sjenerte i enkelte situasjoner. Dette kan føre til ubehag og unngåelse av problemløsning, særlig når det gjelder veiledning. Noen kan føle seg ubehagelig, ja til og med være redd for å be om veiledning: *«Først og fremst er det personlige egenskaper av ansatte. Med andre ord kan noen være redd for å be om veiledning»* (Informant nr. 1; Ilenkov, 2020). Vedkommende understreker at man er redd for å tape ansiktet sitt foran kolleger: *«Kanskje noen er sjenert og liker ikke å spørre om vanskelige ting. Andre kan tenke at vedkommende er dom»* (Informant nr. 1; Ilenkov, 2020). Redselen kan forstyrre både implementeringen og den indre motivasjonen til kommunalt ansatte.

Det finnes mange forskjellige funksjoner som en vanlig EPJ har til rådighet. Noen av dem er mer avanserte enn andre. Det er hovedsakelig de enkleste funksjoner som de fleste ansatte bruker til daglig. Allikevel, avhengig av ansvarsområde, finnes det diverse faggrupper som

bruker mer avanserte funksjoner for å håndtere medisin, sette opp forskjellige tiltak og imøtekomme andre aktører. Det vil si at helsepersonell trenger både generell og spesiell opplæring for de forskjellige grupper, men virkeligheten var litt annerledes: *«Folk aner ikke hva [EPJ-en] er for noe. De går bare og kvitterer utført – trykker på navn og kvitterer utført liksom. Når det gjelder medisinansvarlige så måtte vi lære alt selv og google meg fram til ting. Det var mange ting som vi måtte lære oss selv gjennom prøving og feiling»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). Opplevelsen kunne vært annerledes dersom opplæringspakka kunne dekke behovene av de forskjellige brukergruppene.

Medisinansvarlige og primærkontaktgruppen var ikke imøtekommet, som de skulle. Dette har skapt en del usikkerhet og frustrasjon for noen ansatte: *«Primærkontakter må ha tilgang til alle de tiltakene og spisset kompetanse i akkurat den biten. Det er akkurat som med å føre dagrapporter. Det kan vi har her det eksemplet jeg ga til deg det avvik vi fikk da opplevde vi for første gang hvordan vi kan skrive medisinkort, medisinlisten til godkjenning og tilbake. Derfor er den største mangelen»* (Informant nr. 11; Ilenkov, 2020). Handlekraften reduseres betraktelig om helsepersonellet ikke føler seg komfortabel med arbeidsoppgavene sine, noe som fører til negative opplevelser blant dem.

Informanten understreker en viss utilgjengelighet av informasjon og fortsetter med følgende: *«Jeg savner informasjon. Vi hadde en grunnleggende opplæring hvordan man kvitterer utført osv., men jeg savner meg spesifikt for medisinansvarlige hvordan skulle vi håndtere oppgavene. Vi har for eksempel finnet fram hvordan man kan hente medisinkort og lese/sende PLO-meldinger»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). På den ene siden har de fleste ansatte en forenklet forestilling av den elektroniske journalen, men denne er mye mer kompleks enn det ser ut til med et samme. Dette tyder på et gap i intervensjonens kollektive handling. Når det er sagt; opplæringen burde imøtekomme behovene til alle ansatte.

Det finnes forskjellige meninger angående selvstudium og noen synes at det er bare er bra at man må finne ut av ting selv: *«Man lærer ikke [EPJ-en] på to timer. Derfor er det ikke nok å bruke bruker- eller personalmøter for dette. Så må man veilede individuelt når det finnes anledning til det. Det er også viktig at hver enkelt ansatt går og leiter etter informasjon selv, prøver og feiler på en måte. Sånn lærer man på egenhånd og da man lærer»* (Informant nr. 4;

Ilenkov, 2020). Det er helt klart at selvstudium kan ha positiv effekt, men når det gjelder opplevelser så er de neppe positive. Det er ikke alle som er vant til å lete etter ny informasjon på egenhånd.

Allikevel bør man huske at avanserte funksjoner krever veiledning også på viderekomment nivå, også når det gjelder det materiellet som er tilgjengelige. For eksempel er en teknisk manual på ca. 3000 sider en tungvint løsning: *«Man må ha data førkunnskap for å lese det der. Det krever forståelse for hele dataen»* (Informant nr. 11; Ilenkov, 2020). Dessuten kommer informanten med et forslag, nemlig e-læringskurs: *«Det kunne vært et E-kurs hvor man lærer og får bestått prøven i slutten. Man lærer ikke bare på E-kurs, men det kan være i tillegg til andre opplæringsmåter. Og det er lett tilgjengelig på nett ikke minst»* (Informant nr. 4; Ilenkov, 2020). Det kunne vært en smart investering.

Når det gjelder arbeidsforhold finnes det en utfordring knyttet til arbeidstiden. Ifølge arbeidsmiljøloven må opplæring og veiledning foregå i løpet av arbeidstid. Da er det utfordrende når det gjelder nattevakter. De har gått glipp av en del viktig opplæring nettopp på grunn av manglende tilrettelegging: *«Vi trenger mer avsatt tid for dette her og spesielt når du bare jobber natt. De møtene som vanligvis er kl. 1100 om morgen passer ikke meg helt. Da er jeg fysisk til stedet, men hodet mitt er borte»* (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020).

Vedkommende er enig i at et e-læringskurs kunne vært et godt alternativ til andre undervisningsformer: *«Det kan være et godt alternativ fordi vi har en del tid om natta»* (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020). Dette kunne vært løst ved bruk av en eller annen e-læringsplattform som fungerer nå til dags.

Hvis man får velge fra forskjellige former av veiledning, peker man gjerne på individuell veiledning: *«Jeg tenker at med personlig veiledning får du større sjansen å få tilpasset og lappet de hullene du har selv enn hvis du tar det i større grupper. Det blir kanskje ikke samme delaktigheten enn man ville hatt ansikt til ansikt. Det kan også funke i en mindre gruppe på to tre stykker. Noen er flink på det felte og noen er flink på et annet felt, derfor treffer personlig opplæring meg nærmest»* (Informant nr. 8; Ilenkov, 2020). Dette tyder på at man ikke er i ferd med å dele sine utfordringer i større grupper, men vil helst gjøre det ansikt til ansikt. I tillegg er det viktig å øve på registreringer, noe som sikrer innlæring. Derfor kunne det vært aktuelt å

øve i grupper: *«Forklaringen var der, men læreprosessen er å utføre noe»* (Informant nr. 12; Ilenkov, 2020).

Manglende veiledning og oppfølging kan i sin tur føre til sveket motivasjon blant helsepersonell: *«Det blir også mye frustrasjon når du gjør det på en måte og etterpå får du vite at det var feil. Så får du en ny måte å gjøre det på og så blir du forvirret så mister du motivasjon. Da blir det vanskelig å få den igjen»* (Informant nr. 5; Ilenkov, 2020). Derfor er det viktig å skape felles forståelse og sørge for alle har fått kjennskap til denne. Motivasjonen er en hjørnestein i implementeringen og en særlig viktig del av helsepersonellets opplevelser.

I tillegg er helsevesenet preget av kontinuerlig forbedringsarbeid, som bokstavelig talt betyr fortløpende endringer i arbeidshverdagen: *«Og det er komfortsone som du snakket om. Man har kanskje lært et system å registrere på så må man lære alt på nytt. Ellers sier man til seg selv: «Nei, det orker jeg ikke mer». Ny data, alt blir bare nytt»* (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020). Allikevel viser det kvantitative datasettet mitt at en slik erfaring bare hjelper til å forestille en hva intervensjonen innebærer, som igjen bidrar til bedre koherensnivå under innføringen. Det vil si at det kunne vært en fullstendig opplæringspakke for hele intervensjonen. Dette kommer jeg til å oppsummere og skrive et forslag til forbedring om, basert på intervjuene mine.

Nettverket av brukerstøtte har blitt endret, noe som har ført til noen negative opplevelser knyttet til innføringen. En av informantene mine har mistet tilgang til kommunale datamaskiner som har begrenset dataaktiviteten hans. Dette var en frustrerende episode som vedkommende gladelig delte med meg: *«I oppstartsfasen så skulle jeg få tildelt brukernavn og passord og skulle logge meg inn, fikk veiledning på det, men kjørte det seg fast. Jeg kom inntil [sikkerhetsprogramvare] og fikk alle ikoner på skrivebordet, men så låste det seg derifra. Da var en kollega som sier at det kan skje i begynnelsen, men viser seg at det her var rett før en helg og da må jeg vente. Jeg er vikar så kommer jeg på en onsdag så fremmet jeg saken at jeg må få tilgang og på en eller annen grunn så drøyde det seg til neste uke. Så det tok to og en halv uke for å få tilgang igjen. Det var ikke så operativt, la oss si det sånn»* (Informant nr. 8; Ilenkov, 2020). Slike utfordringer har ikke forekommet så ofte før

digitaliseringen. Det vil si at IKT-støtteapparatet har endret seg og at det ble flere saker som ikke kunne vært løst lokalt i den aktuelle enheten.

Den nevnte informanten kom med et forslag til forbedring: *«IKT⁵ kan jo ha den overordnet rettigheter på enhetsbrukere, men tre fire stykker her godt rutinerne personer som kjenner til regelverket som vernepleier som kjenner rutiner veldig godt kan ha den rettigheten til å tildele en brukerkonto på [sikkerhetsprogramvaren]. Fordi de vil jo tenke at en sjef som sitter i samme bygget kjenner vedkommende bedre enn de som sitter på [IKT-avdelingen]. For dem blir det bare kald data. Du må ha den menneskelige kontakten også»* (Informant nr. 8; Ilenkov, 2020). Med andre ord, en slik situasjon kunne vært taklet fortere og lokalt uten å involvere IKT-avdelingen. Dette høres fornuftig ut, men nok en gang vet vi ikke hvorfor det er organisert som det er. Kanskje det finnes en eller annen teknisk eller organisasjonsmessig forklaring på dette som vi ikke får høre i lys av denne studien.

I tillegg må jeg sammen med en informant anerkjenne at IKT-avdelingen tar i bruk avanserte måter å hjelpe til fra avstand. De bruker *«remote control»* for å brukerstøtte ansatte rett på arbeidsplassen, som i noen tilfeller kan være fascinerende: *«Ja. «Wow» hvor ifra styrte han dataen min. Da var jeg skikkelig fascinert. Husk at vi ikke hadde mobiltelefon når vi var liten»* (Informant nr. 11; Ilenkov, 2020). Dette eksempelet viser at omorganiseringen av brukerstøtte i en kommunal enhet har både ulemper og fordeler, men dette omhandles ikke i studien min. Allikevel er dette en betydelig del av helsepersonells opplevelser og på grunn av dette bør det også nevnes.

NPT viser at innføring av EPJ i kommunen har blitt normalisert og dette gjenspeiles i helsepersonells kollektive handling. På den ene siden ser vi at helsepersonell bruker verktøyet uten vanskeligheter (med noen få unntak). Den kollektive handlingen synliggjør samspillet mellom tekniske og praktiske faktorer under intervensjon. På den andre siden er det at helsepersonell stoler på medarbeiderne sine. Dette synliggjøres av det som er tett knyttet til både opplæring, veiledning og brukerstøtte. Tilliten, som et resultat av tett og målrettet

⁵ IKT-avdelingen er den som driver med brukerstøtte i den kommunen.

samarbeid, er enkelte ganger en rød tråd i helsepersonells opplevelser, noe som viser seg i datamaterialet mitt. NPT er i sin tur et kraftfullt verktøy som hjelper meg å beskrive opplevelser knyttet til EPJ-innføringen på en objektiv måte.

5.5 Refleksiv oppfølging

I dette delkapittelet belyses deltakernes opplevelser av deres refleksive oppfølging, monitorering og drift av innføringen som EPJ innebærer. Konstruktet handler om at man overvåker og evaluerer praksis for læring og opprettholdelse av en nyetablert praksis. Det skaper helsepersonells opplevelse av intervensjonens nytte, for både arbeidstakere og pasienter. Ifølge det kvantitative datasettet mitt ligger refleksiv oppfølging ganske høyt, med en verdi på 8,1 poeng.

I denne sammenhengen innebærer refleksiv oppfølging deltakernes bruk av resultater av en kompleks intervensjon på den ene siden. Oppfølgingen og faglig refleksjon over oppnådde intervensjons mål skaper en eierskapsfølelse som i sin tur er en vesentlig del av opplevelsene. På den andre siden er fornøyelse av andre medarbeidere og personlig fornøyelse med intervensjonen en viktig del av den refleksive oppfølgingen. Den er koblet til integrering av verktøyet i helsepersonells arbeidshverdag. Jeg spør etter personellet's fornøyelse med innføringen og om den klarte å tilpasse arbeidshverdagen i samsvar med innovasjonen.

Når jeg spør om det oppdages feil, gjort av andre ansatte, får jeg følgende svar: «*Som oftest for sent. Når det er låst liksom. Vi prøver å veilede mer, men det kan jo skje igjen. Allikevel: når det er låst så er det låst. Man får ikke gjøre noe med det, men som oftest blir det oppdaget for sent*» (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). Dette hemmer på en måte oppfølging og korrigering av eventuelle avvik fra standarden. På den ene siden kan dette anses som en vesentlig begrensning av EPJ, men på den andre siden er «*retting og sletting*» strengt regulert av det gjeldende regelverket (Pasientjournalforskriften, 2019).

I tillegg oppstår det en viss grad av rolleklarhet når det gjelder oppfølging av registreringssystem: «*Det er alle sitt ansvar for å følge det opp. Jeg har ansvar for å følge opp deg og du har ansvar for å følge opp meg. Det er viktig å gi beskjed om det oppstår feil i registreringer. Så på en måte er det alles ansvar*» (Informant nr. 4; Ilenkov, 2020). Når jeg

spør om det er primærkontakter som har overordnet ansvar for oppfølging, får jeg følgende svar: *«De har det på en måte. De har mer ansvar på sin bruker og det forventes at de lese registreringer og oppdaterer seg. Så en primærkontakt har et særlig ansvar for dette»* (Informant nr. 4; Ilenkov, 2020). En slik uklarhet fører som regel til et visst kaos i registreringssystemet.

Informanter er ganske enstemmige når det gjelder fordeler av digital data for analyse. Noen er mer opptatte av økt oversikt og tilgjengelighet, mens andre ser fordeler i møte med de andre aktørene i helsevesenet: *«Jeg tror egentlig at det er en bra ting faktisk. Nå ligger det på data. Det vil si på en plass. Man har det datagrunnlaget foran seg som hjelper til videre analyse, absolutt. Istedenfor at man sitter og tegner en graf for hånd og det er fort gjort å få den på data. Det er liksom mye enklere. Det er viktig at vi får visuell fremstilling i møte med andre aktører eller som kan brukes i personalgruppe at de får se på ting som de opplever oftere»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). Dette blir for så vidt en vaksine mot synsing, all den tid man kan vise til visuelt fremstilt data i form av et diagram eller en graf: *«Man kan benytte visuell fremstilling som bevis på enkelte ting og da man ikke kan si at det ikke stemmer»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). Slik blir man mer vitenskapelig i jobben man gjør, som jo bare er til pasientenes beste. Allikevel må man ikke glemme hvor viktig det er å registrere alt på en riktig måte: *«Den er jo bra fordi hvis alle registrerer rett da får du det rett på diagrammer og grafer. Hvis alle bruker det utfyllende»* (Informant nr. 4; Ilenkov, 2020). På den måten sikrer EPJ ivaretagelse av pasientens behov i samsvar med innsamlede data.

I noen tilfeller kan oppsummering og visualisering av innsamlede data være automatisert, noe som videre fører til en viss gevinstrealisering: *«Det finnes programmer som lager grafer og kurver hvis du registrer all data underveis. Så får du inn på en graf. Det er veldig oversiktlig»* (Informant nr. 11; Ilenkov, 2020). Vedkommende fortsetter med følgende: *«Jeg tror at det kjempebra å bruke de digitale verktøy der du får frem alt med en gang istedenfor å sitte og regne og regne. Når du er opplært ordentlig for å jobbe med det der så får du bruke alle de kartlegginger og registreringer for videre analyse. Jeg har et eksempel. Når jeg jobbet med papirregistreringer så jeg ikke noe utvikling, men med en eneste gang jeg plottet inn all data så jeg utviklingen med en gang. Da hadde vi en måned når det økt til himmels. Sånn at det blir mye lettere når man bruker data eller digitalt»* (Informant nr. 11; Ilenkov, 2020). Alle

som har plottet data fra kilder på papir til datamaskin ville vært enig om at det er et kjedelig og monotont arbeid, som i mange tilfeller kunne vært unngått eller automatisert.

Her ser man at bruk av digital data, i motsetning til papirregistreringer og synsing, kan være en motiverende faktor belyst av en to-faktorteori av Herzberg. Man vet at synsing er et fenomen som fortsatt er overrepresentert i kommunale helsetjenester. Synsing kan svekke objektivitet i arbeidet som igjen kan føre til alvorlige konsekvenser. Når man allikevel har all nødvendig data foran seg, kan man faglig styrke sine avgjørelser overfor pasienter eller brukere. For eksempel har det kommet flere klager på pasientens dårlige nattesøvn fra nattevakter. Det var snakk om å iverksette et medisinsk tiltak, men det var først og fremst bestemt å måle nattesøvn ved bruk av et kartleggingsverktøy. Det viste seg at pasienten hadde 9 timer av søvn i gjennomsnittet, men noen av de timene hvilte vedkommende på dagen. Det var en vitenskapelig måte å se på problemet istedenfor å stole på synsing preget av subjektivitet. Det er derfor bra at selve helsepersonellet setter stor pris på digital data og visuell fremstilling av denne.

Det var ikke så mange som nevnte noen spesielle opplevelser knyttet til digitaliseringen. Når informanter får og svarer på spørsmål om han eller hun har opplevd noe spesielt i forbindelse med digitalisering, får man gjerne høre om noe som på en måte er et avvik fra normalen innføringen. Følgende informant var imponert over at folk fortsatt har forskjellige holdninger til digitalisering: *«Jeg er veldig for å digitalisere ting. Jo mer ting man kan putte på data da jo mer papir som kan forsvinne eller som kan dukke opp til feil plass eller feil tid. Jeg synes at jo mer du får på data jo enkelte å finne når det ligger på en plass. Du kan lagre ganske store dokumenter, men uten at du får 3000 sider i en perm. Som vi holder på økonomi kan vi endre hvis vi gjør feil. Så slipper vi å bruke korrekturlake. Men vi har andel igjen som skal si «Yes, vi hopper over på data» mens andre «Skal det også være på data» liksom»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). Som vi har funnet ut tidligere har demografiske variabler, blant annet utdanning, alder og kjønn, ikke mye å si når det gjelder digitalisering. Alt dette tyder på at åpenhet for noe nytt og retrograde holdninger er en individuell ting, nemlig en personlig egenskap.

Det finnes en bekreftelse på at øvelse gjør mester selv når det gjelder databruk: *«Nei, det har jeg ikke. Ikke nå i farta. Men jeg ser at man ble mye tøffere i å bruke datamaskin. Man blir det når man er nødt til å bruke den hver dag. Og det synes jeg er bra»* (Informant nr. 4; Ilenkov, 2020). Selv om det så skummelt ut for enkelte, begynte man å mestre databruken sin etter en liten stund. Det er fascinerende å observere hvor lite det skal til for å bli en sikker databruker. I tillegg fikk man en bredere oversikt over medisinske opplysninger som gir vei for bedre samarbeid: *«Hvis man er interessert i arbeid i andre avdelinger så kan man lese registreringer som er tilgjengelig på dette systemet. Man kan få en oppfatning om hvordan andre brukere har det i andre avdelinger istedenfor å gå dit og be om opplæring. Jeg kan lese og forstå om a jeg er interessert i å jobbe der eller ikke. Det er veldig informasjonsrikt vil jeg si. Svart på hvitt»* (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020). Disse endringene er en viktig del av helsepersonellens opplevelse av innføringen av pasientjournal.

NPT er en teoretisk tilnærming som binder sammen helsepersonells opplevelse av EPJ og den sosiologiske konteksten hvor intervensjonen foregår. Refleksivoppfølgingen viser hvor viktig det er med kontinuerlig evaluering av iverksettelsen. Dette arbeidet knytter teoretisk forståelse med faktiske erfaringer, som igjen ender i en nødvendig kombinasjon av teori og praksis, i form av gjennomreflektert erfaring. Dette er en viktig del av helsepersonellens opplevelse, som gjenspeiler intervensjonen i sin helhet.

6 Diskusjon

Etter at jeg har gjennomgått datasettet mitt er det viktig å knytte funnene mine til andre, relevante studier. I tillegg er det viktig å vurdere om NPT er en hensiktsmessig tilnærming for å undersøke helsepersonells opplevelser med innføring av EPJ i Norges kommunale sektor. NPT har blitt utviklet på bakgrunn av empirisk data knyttet til tallrike intervensjoner som ikke ble normalisert i det britiske helsevesenet (May et al., 2009) (May C. F., 2009), noe som den har til felles med andre sosiologiske studier (Greenhalgh, 2017; Pope & Kautter, 2007). EPJ som er omhandlet i studien min, har likevel blitt tatt i bruk i den kommunale helsetjenesten. Så selv om EPJ-en har blitt normalisert, har det ført til blandede følelser blant helsepersonell. I den visshet kan vi konkludere med at til og med normaliserte intervensjoner kan føre til negative opplevelser vedrørende en kompleks intervensjon.

NPT er en teoretisk tilnærming som binder sammen helsepersonells opplevelse av EPJ og en sosialkontekst, hvor intervensjonen foregår, noe som forankrer denne studien i tråd med den sosiologiske vitenskapen. I tillegg bidrar NPT til å strukturere innsamlet data i samsvar med sine grunnleggende konstrukter, blant annet koherens, kognitiv deltakelse, kollektiv handling og refleksiv oppfølging. Strukturen klargjør datasettet til analyse og setter funnene i en sosiologisk kontekst. NPT-konstruktene er også tett knyttet til helsepersonells opplevelser av EPJ-innføringen og det sambandet skjer på tvers av tekniske og praktiske perspektiver. Konstruktene omhandler ikke makt på en eksplisitt måte, men makten forekommer mellom linjene i mange uttalelser. For å diskutere makten i den konteksten, må vi huske på at NPT er tett knyttet til Michel Foucaults sosialteori, særlig når det gjelder kompetansemakt (Foucault, 1980, 1997; May, 1992), noe som brukes videre i diskusjonen.

Makt er blant de mest omdiskuterte temaene i moderne sosiologi. I studien min vil jeg sette søkelyset på den postmodernistiske tradisjonen og den franske filosofen Michel Foucault - og Frankfurterskolens kritiske tradisjon, med sin tyske opposent, Jürgen Habermas. Det har oppstått en faglig uenighet mellom de to sosialfilosofene, noe som har ført til en akademisk debatt (Aladjem, 1995; Biebricher, 2005; Flyvbjerg, 2000). Begge disse to anerkjente synspunktene gir meg et teoretisk rammeverk for diskusjon av problemstillingen min, samt drøfting om fordeler og begrensninger NPT innehar. Rammeverket gir et solid utgangspunkt

for drøfting av mine funn, i tråd med vestens humanvitenskap. Jeg mener at det filosofiske perspektivet i stor grad kan løfte studiens diskusjon til et mer generelt og abstrakt vitenskapelig nivå.

Metodologisk sett er det viktig å koble funnene mine med andres relevante studier. Dette sørger for å skaffe den eksterne validiteten som kreves i moderne forskning: «*Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene fra en studie kan overføres til lignende situasjoner*» (Gripsrud et al., 2004, s. 70). I denne sammenhengen dreier ekstern validiteten seg om generalisering av fått resultat. Det er dermed viktig å benytte seg av andres relevante studier og teoretiske tilnærminger for å forankre resultatet mitt i den sosiologiske vitenskapen. Siden jeg har valgt et tverrfaglig tema, vil jeg ikke utelukke andre relevante disipliner som for eksempel psykologi og filosofi, noe som Carl May gjør ved å forsøke å generalisere sin NPT-teori (May, 2013; McEvoy et al., 2014). Dette er bare for å styrke eksternvaliditeten av studien min.

6.1 Normalisert vs. vellykket

Helsevesenet er et omfattende sosialsystem i det norske samfunnet. Systemet består i tallrike statlige, kommunale og private foretak som imøtekommer helsemessige behov av befolkningen. Systemet har nylig gjennomgått endringer i regi av innføring av EPJ, noe som har skapt varierende opplevelser blant helsepersonell. Utvalget mitt representerer helsepersonell som yter tjenester i en kommunal enhet. Vi kan påstå at utvalget befinner seg på det nederste nivået av helsevesenets hierarki – som er nærmest pasienter eller brukere. EPJ-intervensjonen har inneholdt både en ny måte å registrere medisinske opplysninger på og betydelige endringer i aktør- og objektnettverket (May et al., 2007), noe som har omorganisert denne helsetjenesten.

Ifølge NPT-toolkit ser vi at gjennomsnittsbesvarelse ligger på et høyt nivå, nemlig på 8,2 på en skala av 10 poeng. Dette tyder på at EPJ-intervensjonen har blitt normalisert i den kommunale enheten. Informantene bekrefter gjennom intervjuene sine at verktøyet har blitt tatt i bruk, forankret i foretakets rutiner og overlevd en del av personalutskifting. Med andre ord, vi kan konkludere med at EPJ-intervensjonen har blitt fullstendig normalisert i enheten, til tross for at informantene uttaler seg om et visst forbedringspotensial i hvert NPT-konstrukt. Så reiser

det seg et spørsmål om at vi kan kalle det normaliserte EPJ-intervensjonen for «*vellykket*», noe som åpner til videre diskusjon.

I intervjuene har vi funnet ut at helsepersonell hadde hatt varierende opplevelser knyttet til EPJ-intervensjonen som har forekommet i forskjellige former, blant annet emosjoner, motivasjon, holdninger og fordommer. Selv om koherens blant utvalget har vært på et høyt nivå, har følelse av usikkerhet satt sitt preg på helsepersonellens opplevelser: «*Det må være at jeg eller folk kjenner uskikkethet, ikke er trygg på bruk av [EPJ], ikke har fått nok informasjon ...*» (Informant nr. 9; Ilenkov, 2020). Det samme gjelder utrygghet: «*Det er alltid sånn når man går fra trygghet til noe nytt. Du har papir du har det trygt og så plutselig skal du bruke data istedenfor ...*» (Informant nr. 4; Ilenkov, 2020). På den ene siden har EPJ-intervensjonen blitt normalisert, til tross for disse følelsene, men på den andre siden finnes det kanskje en måte å unngå slike følelser i en implementeringsprosess og med dette ivareta helsepersonell på en bedre måte.

Det samme gjelder holdninger og fordommer som oppstår blant helsepersonell: «*Det er mye holdninger som hindrer eller virker på hvordan man ser på ting. Om jeg liker digitalisering så er det greit, sant, da er det ikke så mye til hinder. Hvis man ikke liker det så er det verre*» (Informant nr. 5; Ilenkov, 2020). Holdninger kan variere betraktelig fra hverandre – noen av dem kan fremme intervensjonen, mens andre kan være til hinder: «*... Du har mye tid med bruker å gjøre og så blir det et kurs som du må gå innom: «Åh, teknologi. Det vil jeg ikke holde på med. Jeg orker ikke mer»*» (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020). Det viser seg at til og med en normalisert kompleks intervensjon ikke er fri for negative holdninger og fordommer, noe som er et viktig funn i studien min.

På den ene side sier informantene mine at de er redde for å miste jobben eller gjøre noen tabber som i ytterste konsekvens kan føre til en oppsigelse eller fratakelse av autorisasjon. Ifølge Norsk Helseinformatikk (NHI) er «*frykt, redsel og angst normale reaksjoner på ytre og indre hendelser som oppleves som truende eller farlige*» (2020). Redselen kan ha både fordeler og ulemper med tanke på innføring av nye teknologiske løsninger. Det påstås at angst kan hjelpe til enkelte ansatte for å samle seg sammen og bli mer fokusert, som i sin tur kan øke innlæringen og hjelpe til å tilpasse seg nye måter å jobbe på. Vi kan derfor ikke bare

svartmale slike følelser. På den andre siden kan følelser som fører til et sterkt psykisk ubehag ende i redusert handlekraft. Dette er altså veldig individuelt, noe som kan ha en større betydning for innføring av nye løsninger.

Hvis vi ser nærmere på dataen min så viser det seg at en del av informantene mine har opplevd redsel knyttet til intervensjonen. Den frykten viste seg i flere sammenhenger, noe som tyder på at den emosjonelle reaksjonen på noe uforutsigbart er et vanlig fenomen. Slike følelser står bak negative holdninger, som sprer seg raskt i et helseforetak. Dette fører til en felles stemning som i mange tilfeller unødvendig kan belaste arbeidshverdagen og forhindre innføringen av nye teknologiske løsninger.

I lys av dette er emosjoner og holdninger tett knyttet til hverandre, noe som utgjør en stor del av helsepersonellets opplevelser av intervensjonen. Allikevel, dersom vi ser på hvordan informantene vurderer viktighet av innovasjoner i arbeidssammenheng, finner vi fort ut at personellet forstår viktigheten og videre godtar innføringen. Hvis vi går i dybden og reflekterer sammen med informantene, så ser vi et bilde av god forståelse for intervensjonens mål og fordeler av slike endringer. Her oppstår det en indre konflikt, nemlig kognitiv dissonans: *«Et trekk ved en persons holdninger er at de gjerne er innbyrdes forenlige, og at holdningsendring gjerne inntreffer hvis personen opplever konflikt mellom holdninger, eller mellom holdning («jeg vet det er farlig å røyke») og handling («jeg røyker»).* Slik konflikt omtales gjerne som kognitiv dissonans» (Svartdal, 2020b). På bakgrunn av den innsamlede dataen kan vi konkludere med at intervensjonen har ført til en viss grad av kognitiv dissonans blant helsepersonell.

Leon Festinger, en amerikansk sosialpsykolog, presenterte begrepet kognitiv dissonans i 1957. Begrepet er definert som en spenningstilstand som oppstår mellom to kognitive elementer som er i konflikt med hverandre (Festinger, 1957). Med kognitive elementer menes her, blant annet kunnskap som en person har om seg selv, sin atferd og sine omgivelser. Gjenstanden av Festingers teori er hovedsakelig inkonsistens mellom atferd og holdninger som ender i en kognitiv dissonans (1957). Funnet vårt er et eksempel på en slik inkonsistens mellom holdninger og atferd. Dersom vi ser nærmere på helsepersonellet sin opplevelse så observerer vi både redsel og negative holdninger knyttet til intervensjonen, men allikevel en

positiv innstilling når det gjelder viktighet av innovasjon og nye løsninger på arbeidsplassen, og det bidrar også i selve innføringen. I tillegg finnes det et annet aspekt som er av betydning i denne sammenhengen, nemlig forpliktelser.

Ifølge Jack Brehm og Arthur Cohen har forpliktelser en viss rolle vedrørende kognitiv dissonans og reduksjon av denne: «*The role of commitment, then, in the theory of cognitive dissonance is, first, to aid the specification of psychological implication and hence the determination of what is consonant and what is dissonant and, second, to aid in the specification of the ways in which a person may try to reduce dissonance*» (1962, s. 9). I den forstanden har helsepersonellet forpliktelser til offentlig tjenesteyting i samsvar med lovpålagte krav. Dette faktumet medvirket til å redusere dissonansen og heller delta aktivt i innføringen av ny teknologi. Allikevel vet vi at overhodet ikke alle innovasjonsprosjekter ender i en normalisering. Tvert imot er det mer enn halvparten som adopteres eller blir avvist (Nielsen Hauge, 2017). Dette tyder på at forpliktelsen har en viss betydning, men ikke avgjørende sådan.

Det høres jo logisk ut at kognitiv dissonans henger sammen med andre kognitive elementer, blant annen motivasjon, holdninger, synspunkter, forventninger, fornøyelse av arbeidet sitt osv. (Brehm & Cohen, 1962). I en rekke studier i Asia påpekes det at kognitiv dissonans som kan oppstå mellom etikk og arbeidsutøvelse kan påvirke fornøyelse av jobben man gjør (Koh & Boo, 2001; Viswesvaran & Deshpande, 1996). Det fenomenet av dissonans kan verken svartmales eller favoriseres, men det trenger absolutt en viss oppmerksomhet blant dem som innfører ny teknologi i helsevesenet. Endringer generelt innebærer en del usikkerhet og uforutsigbarhet. Disse aktiviserer i sin tur helsepersonells kognitive ressurser som er nødvendige for intervensjonen. Denne psykologiske konteksten utformer helsepersonells potensial ifølge Carl May (2013).

Selv om koherensen var på et tilstrekkelig nivå, kunne det vært bedre, ifølge datamaterialene mine. Den kognitive dissonansen som fant sted under innføringen kan motarbeide eller svekke koherensen, men denne kan også være vind i seilene, som motiverer helsepersonell til å ta imot nye utfordringer til alle sitt gode. Etter min mening er en kognitiv dissonans en konflikt som aktiviserer indre kognitive ressurser. Så det er viktig at innføringsansvarlige

takler og leder disse kognitive ressursene i en konstruktiv retning, noe som stiller et høyere krav til ledelses kompetanse - og åpner for videre forskning på det feltet. Det sies at en konflikt kan føre til både gode og dårlige resultater, så derfor er det viktig å ta hensyn til et sånt fenomen.

Implementeringsansvarlige balanserer for så vidt mellom helsepersonalets negative tanker og følelser, blant annet redsel, bekymringer, angst, uforutsigbarhet og usikkerhet - og fremdrift av innføringer, som gjør rede sine fordeler og motarbeider dissonansen, øker forutsigbarhet og sikkerhet blant deltakere. Balansegangen vekker helsepersonells indre ressurser og retter dem mot intervensjonens vedtatte mål, noe som skaper og holder ved like koherensen. Til tross for at helsepersonellet har gode intensjoner og ønsker å delta aktivt i implementeringsarbeidet, er koherens avgjørende for å justere det kognitive potensialet. I den betydning er koherensen til en viss grad også et fyrtårn som viser veien til normalisering av ny teknologisk løsning. I tillegg viser det kvantitative datasettet mitt at arbeidserfaring er en viss fordel når det gjelder koherens. Kanskje det er fornuftig å gi ansvar for iverksettelsen til de ansatte som har jobbet lengst i foretaket, for å sikre det nødvendige koherensnivået.

I oppsummeringen vil jeg påstå at en normalisert kompleks intervensjon ikke nødvendigvis anses som vellykket og dataen min viser at det fremdeles finnes et forbedringspotensial. Til tross for at EPJ-intervensjonen har blitt normalisert, har denne vekket negative emosjoner og holdninger blant helsepersonell, noe som tyder på et nytt forskningsfelt i sosiologi. Nå til dags er forskere mer opptatt av de intervensjonene som ikke ble normaliserte og det er mye kunnskap vi kan hente derifra. Allikevel, ifølge datasettet mitt, er de normaliserte intervensjonene heller ikke «smertefrie» for deltakere. Dersom man i fremtiden fortsetter å forske på disse «smertefulle» opplevelsene, samler mer empirisk data som gjelder disse og teoretiserer dette i tråd med moderne sosiologi, kan det bidra til en mer «smertefri» digitalisering. I konklusjonen viser det seg at vi kan lære mye fra unormaliserte prosjekter (Greenhalgh, 2017; May & Finch, 2009), men det finnes noe som vi likevel kan lære fra de normaliserte også.

6.2 Påvirke det som foregår

Det finnes blant informantene mine opplevelser av at de bare kunne påvirke denne innføringsprosessen i svært liten grad. De bekrefter at de opplevelser seg fanget i teknologiutviklingen som berører dem både privat og i arbeidslivet: *«Og det er komfortsone som du snakket om. Man har kanskje lært et system å registrere på så må man lære alt på nytt. Ellers sier man til seg selv: «Nei, det orker jeg ikke mer». Ny data, alt blir bare nytt»* (Informant nr. 6; Ilenkov, 2020). Da vil jeg gjerne stille et spørsmål om hvorvidt helsepersonell bør ha mulighet å påvirke slike prosesser. Kanskje det er hensiktsmessig å overlate påvirkningsmakta til de som har tilstrekkelig kompetanse og høy nok stilling i helsevesenets hierarki.

I den sammenhengen bør vi kanskje reflektere over hvordan intervensjoner eksisterer på lang sikt. De intervensjonene som har blitt forankret i foretakets rutiner *«forsvinner»* fra synet, og dem kan vi kalle for *«normaliserte»* intervensjoner (Bamford, Heaven, May & Moynihan, 2012; Murray et al., 2010). Det er overhodet ikke alle intervensjoner som har forbedret helsevesenet, men likevel blitt normaliserte. Tvert imot er det mange av dem som har vært lite effektive, men likevel anvendes i helsevesenet i dag (Murray et al., 2010). Da reiser det igjen spørsmålet om helsepersonell, som bruker teknologien til daglig eller ledelse, skal følge opp hensiktsmessighet av en eller annen normalisert løsning.

Ifølge Hans Nielsen Hauge er alt for tidlig til å stemple EPJ som et vellykket prosjekt. Han påpeker en utfordring knyttet til verktøyet: *«Dagens meldingsbaserte arkitektur støtter ikke sending av omsorgs- og behandlingsplaner. Mye av synkroniseringen av planer mellom virksomheter må i dag gjøres ved hjelp av telefon og sending av papir. Dette gjør det utfordrende å få til god samhandling på tvers av virksomheter»* (Nielsen Hauge, 2017, s. 63). På den ene siden brukes det fremdeles både telefon og papir i samhandling med andre helseaktører, noe som neppe bidrar til å gi pasienten et helhetlig behandlingsløp (Nielsen Hauge, 2017) (Nielsen Hauge, 2017). På den andre siden argumenteres det med at EPJ virker mot sin hensikt og hindrer kommunikasjon mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester: *«Overgangen fra faks- og telefonbasert kommunikasjon til standardiserte elektroniske meldinger kan ha forsterket disse utfordringene, fordi mulighetene man hadde*

tidligere over telefon for å finne mer fleksible løsninger forsvinner» (Christie et al., 2018, s. 44). Det finnes altså ikke enighet om EPJ-effekten og vi ser at EPJ ikke er en mirakelkur. Tvert imot bør den nye løsningen følges opp nøye og forbedres i hver eneste nye utgave. Etter min mening bør helsepersonells opplevelser knyttet til intervensjonen være med i betraktningen i et slikt oppfølgingsarbeid.

Et annet suksessrikt eksempel er innføring av e-resept: *«Suksesshistorien e-resept dannet grunnlag for utbygging av elektronisk samhandling. E-resept (elektronisk resept) var det første store nasjonale løftet for å digitalisere kommunikasjonen i norsk helsesektor»* (Dyrøy, 2015, s. 214). Nå har det blitt helt vanlig å få en e-resept og benytte den på et apotek. E-reseptordningen kan være et godt forbilde for dem som driver med digital innovasjon i Norges helsevesen. Men selv om e-resept løsningen regnes som en suksess, og digitale resepter gir betydelig bedre oversikt over pasientens legemidler enn papirresepter, løser den ikke alle utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering, blant annet er feilmedisinering fortsatt en utfordring i Norge (Dyb & Warth, 2019). Derfor følges digitalisering kontinuerlig opp og nådde mål diskuteres. Etter min mening har ikke helsepersonell den laveste rollen i denne oppfølgingsprosessen. Tvert imot er dets kompetanse og erfaring en nøkkel til forbedringsarbeid.

I empirikapittelet mitt, delkapittel 5.4 Kollektiv handling, vurderer informantene mine de tekniske aspektene som etter deres mening har et stort forbedringspotensial. De påpeker at denne typen EPJ kan oppleves som lite intuitivt og tungvint verktøy. I tillegg ser de på EPJ-en som en lite skreddersydd digital løsning, hvor man kontinuerlig går glipp av viktige medisinske opplysninger, noe som betyr mye i deres arbeid: *«Selve [EPJ-en] er ikke tilpasset boliger som vi jobber i. Da kan det være til hinder for dette her. Det finnes masse informasjon som handler om både fysisk og psykisk helse, utfordrende atferd, og [EPJ-en] gir ikke mulighet for å registrere alt som er relevant for oss. Det vil si at det verktøyet ikke passer for våre behov»* (Informant nr. 3; Ilenkov, 2020). Med andre ord, informantene savner fleksibilitet av EPJ og dette høres rimelig ut, siden helsevesenet består av så mangfoldige tjenester og institusjoner.

Det finnes mange digitale verktøy som er på IT-markedet nå til dags. Markedet er svært preget av konkurranse. Konkurransedyktighet av digitale verktøy består av blant annet brukervennlighet. Bedrifter som driver med digitale tjenester, for å kunne overleve på markedet, må derfor sørge for en tilstrekkelig brukervennlighet av verktøyet sitt. For eksempel, hvis en nettside er lite intuitiv og krever alt for mye klikking, utkonkurreres det på markedet, og etter hvert kommer det en analogisk, men mer intuitiv nettside. Det vil si at private kunder kan få velge et annet produkt som er bedre på et eller annet vis. På den måten utryddes det mange nye verktøy som ikke oppfyller kundenes krav til brukervennlighet av produktet.

I motsetning til private kunder har ikke helsepersonell i offentlig sektor den samme myndigheten, som igjen understreker helsepersonellens manglende påvirkningsmakt. På den ene siden tyder dette på at manglende konkurranse muliggjør salget av lite brukervennlige produkter til offentlige helseforetak. Da må helsepersonell lære lite intuitive måter å registrere medisinske opplysninger på, istedenfor å velge bort det produktet. På den andre siden kan det være slik at det finnes en grunn til at noen funksjoner er så lite praktiske, som vi ikke engang vet om. Det kan være tekniske krav eller sikkerhetskrav som nedsetter brukervennligheten. Denne problematikken kan være mer sammensatt og komplisert enn det ser ut til ved første øyekast. En del informanter anerkjenner at de er maktløse når det gjelder teknologiutvikling, og den maktløsheten er en viktig del av helsepersonellens opplevelser. Utviklingen foregår og kommer med nye krav og løsninger til arbeidslivet. Man blir på en måte fanget i teknologisk utvikling, som man på en lydig måte må godta, uansett hva som kommer fra overordnet nivå.

Vi kan således konkludere med at helsepersonell ikke har så mange muligheter til å påvirke en kompleks intervensjon i Norges helsevesen, selv om det er personellet som til syvende og sist anvender det verktøyet i arbeidshverdagen sin. Vi kan selvfølgelig diskutere om informantenes opplevelser er et resultat av manglende koherens eller relevante tilbakemeldinger som burde vært med i betraktningen av EPJ-intervensjonen. Allikevel er det rart at det ikke finnes rom for en saklig diskusjon i løpet av selve innføringen, hvor det jo nettopp er helsepersonell som får muligheten til å uttale seg om selve verktøyet. En slik arena kan etter min mening minske negative opplevelser blant helsepersonell, skape

eierskapsfølelse og til slutt forbedre implementeringen, men det er en vanskelig å finne rom for saklig diskusjon i helsevesenets rigide hierarki.

Hver enkelt kompleks intervensjon fører til organisasjonsutvikling (Fitzgerald et al., 2013; Parviainen et al., 2017), noe som kan påvirke helsevesenets hierarki og maktbalanse. Ifølge Lotherington og Obstfelder er EPJ sentral i sosiotechniske relasjoner som oppstår på sykehus (2015). I tillegg kan ikke journalen forstås som et nøytralt verktøy for dokumentering av viktige medisinske opplysninger, men som noe som har en aktiv rolle i det medisinske arbeide: *«I dette perspektivet forstår vi derfor medisinsk arbeid som resultat av hvordan fakta, teknologi og kompetanse aktualiseres gjennom bruk av journalen»* (Lotherington & Obstfelder, 2015, s. 68).

I denne artikkelen påpekes det at legenes posisjon har blitt utfordret ved EPJ-innføringen (Lotherington & Obstfelder, 2015). Nå er det kun legene som har ansvar for informasjonsflyten på sykehus når helsesekretærer ikke får tilgang til elektroniske meldinger. Fenomenet belyses av et annet vitenskapelig miljø: *«Endring av praksis innebærer endringer i maktrelasjoner. Innføring av ny teknologi og endringer i praksis innebærer ofte at arbeidsdelingen og maktrelasjonene endres. Enkelte individer og grupper får dermed styrket sin posisjon, mens andres posisjoner svekkes»* (Christie et al., 2018, s. 38). Sammenhengen mellom kunnskap og makt problematiseres i Foucaults sosialteori (1980).

6.3 Kompetansemakt

Helsevesenets sosialsystem, som er preget av en rigid hierarkisk struktur, utformes i samsvar med kompetanse. Systemet består av utallige statlige, kommunale og private foretak som imøtekommer helsemessige behov av befolkningen, noe som ender i en enorm organisatorisk kompleksitet. Helsevesenet har nylig gjennomgått endringer i regi av innføring av EPJ, noe som har påvirket både kompetanse og autoritet av de enkelte ansatte (Christie et al., 2018; Lotherington & Obstfelder, 2015; Nielsen Hauge, 2017). Utvalget mitt representerer helsepersonell som yter tjenester i en kommunal enhet. Vi kan påstå at utvalget befinner seg på det nederste nivået av helsevesenets hierarki – det nivået som er nærmest pasienter eller brukere.

Mer enn halvparten av deltakerne syntes at opplæring og veiledning ikke var tilstrekkelig for å kunne aktivt bidra til innføringen av EPJ. Dette temaet var det mest diskuterte og det har kommet mange forslag til forbedring (se delkapittel 5.4 Kollektiv handling). Vi kan anta at opplæring og veiledning virkelig ikke var tilstrekkelig, noe som gjenspeiles i datamaterialet. Da er det viktig å lytte til helsepersonellet som etterspør en fullstendig opplæringspakke. Opplæringspakken kan bidra til robust kompetanse blant helsepersonell, sikre nødvendig nivå av koherens og kognitiv deltakelse i løpet av både i selve innføringen, men også i etterkant av denne, noe som også behøves på nasjonalt nivå: «*Dagens dokumentasjonspraksis er ikke oppdatert til en digital verden. Det vil si at helsepersonell i stor grad undervises om dokumentasjon slik den ble gjort i en papirbasert verden*» (Nielsen Hauge, 2017, s. 63). Allikevel er en omfattende opplæringspakke kostbar, noe som til slutt kan belaste oppdragsgiveren, som betaler regningen, betraktelig. Da er det viktig å vurdere om slike påførte kostnader er hensiktsmessige.

I det økonomiske perspektivet er koherens i generelt sett et kostbart aspekt, som medfører ekstra utgifter. Vi må ta stilling til at både materielle og kognitive ressurser er begrensede i et helseforetak, noe som inkluderer både koherens og andre aspekter. Lav koherens fører innimellom til begrenset kognitiv deltakelse og usikkerhet rundt bruket av verktøyet. Dette fører videre til sveket handlekraft, som til slutt rammer kollektiv handling. Manglende refleksive oppfølging bidrar til forankring av feilregistrering, som også kan bli normalisert. Alt dette minner om en dominoeffekt.

Til tross for at helsepersonell ikke er fornøyd med gitt opplæring og veiledning og synes at disse ikke var tilstrekkelige, kan vi likevel konstatere at intervensjonen har blitt normalisert i virksomheten. Det vil si at det ifølge NPT-tilnærmingen var gitt nok opplæring og veiledning for å kunne oppnå prosjektmålet. Så akkurat denne biten er jo åpen for diskusjon og eventuelle vurderinger, gjort på bakgrunn av intervensjonens kompleksitet og kompetansekrav. Vi kan konkludere med at det finnes et forbedringspotensial når det gjelder opplæring og veiledning, men om det er hensiktsmessig å realisere dette er opp til hver enkelt prosjektleder.

Ifølge NPT tyder mye på at helsepersonells opplevelser knyttet til manglende opplæring og veiledning er grunnløse, siden intervensjonen er normalisert, men hva hvis misnøyen med opplæringen er uttrykk for noe annet, så reiser det nye spørsmål. Kanskje informantene mine gir uttrykk for at deres autoritet og maktposisjon har blitt truet under implementeringen, noe som kan være en viktig del av deres opplevelser. Dette kunne hjelpe med å forklare de negative emosjonene og holdningene som vi har gjennomgått tidligere, blant annet utrygghet, usikkerhet, uforutsigbarhet osv. Endringer i hierarkiet kunne ført til svekket autoritet, fratakelse av arbeidsoppgaver eller i ytterste konsekvens oppsigelse. Dersom vi godtar at kompetanse går hånd i hånd med makt i helsevesenet, vil diskusjonen vår få en helt annen vinkel.

Koblingen mellom helsepersonells negative opplevelser og manglende påvirknings- og kompetansemakt er en fortolkning av datamaterialet mitt, i tråd med den moderne sosiologiske diskursen. Det er viktig å poengtere dette og ta hensyn til intern validitet, noe som sikrer kvaliteten av studien min. Ifølge Gripsrud et al. defineres intern validitet på følgende måte: «*Intern validitet gjelder i hvilken utstrekning kausaliteten i undersøkelsen holder mål*» (2004, s. 69). Med andre ord, dersom man for eksempel påstår at X påvirker Y, må man være sikker på at det faktisk er X som er årsaken til variasjonen i Y, og at den variasjonen ikke kommer av andre forhold som man har utelukket i modellen sin (Gripsrud et al., 2004). Jeg synes at man på bakgrunn av mitt innsamlede datamateriale kan konstatere en kausalitet mellom helsepersonells opplevelser og makt. Jeg vil derfor videre argumentere for den kausaliteten og sjekke om den interne validiteten overholdes.

Michel Foucault er en fransk filosof som har «*gravd*» i en rekke radikale lærer av sine forgjengere, blant annet Karl Marx, Sigmund Freud og Friedrich Nietzsche (Harcourt, 2011). Forgjengerne er henholdsvis opptatte av klassekamp, indre konflikter og etiske konflikter - og Foucault har oppdaget og beskrevet en fellesnevner for disse, nemlig *makt* som befinner seg mellom linjene i den diskursen. Alle disse konfliktene kommer frem i datamaterialet mitt, som i sin tur åpner for en maktdiskurs i studien min.

Det viser seg at NPT-konstruktene stort sett handler om kompetanse, blant annet kunnskap, felles forståelse, informasjonsformidling, opplæring og veiledning, hvor prosjektleder

«dirigerer» disse for å gjennomføre en kompleks intervensjon. Da kan jeg påstå at lederen forvalter kunnskap og helsepersonells kompetanse, som gir noen mer makt og fratar andre en del makt. I lys av dette kan vi sette likhetstegn mellom kompetanse og makt, i tråd med Foucaults teoretiske ståsted: «... *there is no power relation without the correlative constitution of a field of knowledge, nor any knowledge that does not presuppose and constitute at the same time, power relations*» . Dermed går kunnskap og makt hånd i hånd og er uatskillelig forbundet med hverandre.

Dersom vi antar at helsepersonell hadde utilstrekkelig kunnskap og manglende påvirkning knyttet til EPJ-innføringen, kan vi konkludere at deres opplevelser i stor grad er preget av maktløsheten, noe som uttrykkes via misnøyen: «*Man har kanskje lært et system å registrere på så må man lære alt på nytt. Ellers sier man til seg selv: «Nei, det orker jeg ikke mer». Ny data, alt blir bare nytt*» . Helsepersonell måtte gå gjennom utrygghet, usikkerhet, uforutsigbarhet, kognitiv dissonans, som høyst sannsynlig var på grunn av manglende kompetansemakt. I tillegg til sine vanlige arbeidsoppgaver, som ofte i seg selv er veldig utfordrende, måtte informantene mine lære å bruke det nye verktøyet uten å kunne påvirke prosessen. Vi kan finne en lignende problematikk i en rekke akademiske studier hvor kompetanse anses som en grunnleggende maktfaktor (Ameen, 2017; Christie et al., 2018; Dolonen, 2013; Lotherington & Obstfelder, 2015).

I oppsummeringen kan vi anta at deltakerne følte sine posisjoner truet av EPJ-intervensjonen. For å håndtere den utfordringen, har de manglet en del viktig kunnskap som kunne hjulpet dem å gjenopprette deres autoritet blant kollegaer. Det er viktig å understreke at hver enkelt ansatt i helsevesenet har både kompetanse og autoritet i de rollene de innehar. En kompleks intervensjon stiller nye krav til ansatte i form av kompetanse, noe som endrer maktbalanse og truer autoriteten deres. Det kan være en sannsynlig forklaring for hvorfor det var sagt så mye om manglende opplæring og veiledning i innsamlede intervjuer. Kanskje misnøye angående manglende opplæring er et kjennetegn på helsepersonells opplevelser av maktløshet knyttet til kompetansemangel. I den sammenhengen kan vi anta at det er makta som står bak de negative opplevelser knyttet til intervensjonen.

Et annet viktig funn er at forskjellige grupper av ansatte kan oppleve gitt opplæring og veiledning annerledes. Ifølge dataen min er ansatte med 3-årig høyskoleutdanning mindre fornøyde med opplæringen enn andre. I intervjuene bekrefter de at de bruker mer avanserte funksjoner av EPJ i forhold til de andre ansatte: *«Jeg savner det at folk har litt erfaring på Profil som jeg kan spørre, ikke på det høye nivå som jeg trenger. Jeg trenger å skrive prosedyrer, endre prosedyrer, sende PLO-meldinger. Det var mye googling i starten for å finne ut alt»* (Informant nr. 2; Ilenkov, 2020). Dette synliggjør et behov for avansert opplæring for den aktuelle gruppen. Dette fenomenet finner sted i flere offentlige arenaer hvor det tas hensyn til de som henger etter - og behovene til de som mestrer oppgaver kan fort overses.

Dette kan oppstå i barnehage, på skole, i arbeidslivet og i møte med velferdssystemet. På den ene siden er det høyere forventninger til dem som mestrer oppgavene sine. Det settes søkelys på dem som henger etter og dette er en grunnmur for et sosialdemokrati som Norge jo fremdeles er. Kanskje noen kristne verdier som ligger til grunn for den norske kulturen bidrar til dette fenomenet. Dermed er det både politiske og kulturelle kontekster som spiller inn i en slik virkelighet. På den andre siden vet vi at det er en grunn til at de 3-årige ansatte har lov til å bruke avanserte EPJ-funksjonene, nemlig formell kompetanse. De avanserte funksjonene handler om samhandling på tvers av helsetjenester og instanser – det som sikrer godt behandlingsløp og pasientenes velvære. For å ivareta pasienter på best mulig måte og imøtekomme deres behov må det 3-årige helsepersonellet få opplæring og veiledning på viderekomment nivå. Dette sikrer et helhetlig tjenestetilbud og legger til rette for å unngå eventuelle behandlingsfeil og mulig rutinesvikt.

I oppsummeringen skal vi se litt nærmere på det kvantitative datasettet. Dette tyder på at de 3-årige ansatte er mindre fornøyd med gitt opplæringen enn de som ikke har høyere utdanning (se figur nr. 4). Det samme får vi vite fra intervjuene som, kommer med emosjonelle og ordrike besvarelser. Dersom vi tar stilling til Foucaults kompetansemakt og anerkjenner at de 3-årige har relativt mye ansvar i arbeidshverdagen sin, så kan vi konkludere at deres autoritet sannsynligvis har blitt truet i et større omfang enn de uten høyere utdanning, noe som har ført til mer omfattende negative opplevelser. I tillegg, siden intervensjonen er normalisert, kan vi konstatere at opplæring og veiledning var tilstrekkelig, til tross for helsepersonelllets mange

opplevelser. Der er veldig sannsynlig at den gitte opplæringen var tilstrekkelig for en normalisert, men ikke fullstendig vellykket, kompleks intervensjon, noe vi også ser i delkapittel 6.1 *Normalisert vs. vellykket*.

6.4 Diskursetikk

Ifølge NPT har EPJ-intervensjonen blitt normalisert, men for å kalle den for et vellykket prosjekt bør det gjøres noe med helsepersonellens opplevelser. Dersom vi løfter diskusjonen vår til et høyere sosiologisk nivå og analyserer opplevelsene i tråd med Foucaults sosialteori, finner vi ut at manglende kompetanse og påvirkning sannsynligvis kan være grunn til helsepersonells negative opplevelser. Man kan egentlig være fornøyd med en slik besvarelse på problemstillingen: «*Hvordan opplever helsepersonell innføring av elektronisk pasientjournal i en kommune?*». Dette er en realistisk forklaring som en postmodernist kunne skrivet under på. Allikevel, etter min mening, gir et slikt resultat null håp på forbedring, fører til en godtakelse av en uperfekt virkelighet og virker lite motiverende, noe som i seg selv åpner til videre diskusjon.

I studien min vil jeg, som sagt, sette søkelyset på den postmodernistiske tradisjonen og den franske filosofen Michel Foucault - og Frankfurterskolens kritiske tradisjon, med sin tyske opposent, Jürgen Habermas. Deres ulike faglige ståsted har ført til en akademisk debatt (Aladjem, 1995; Biebricher, 2005; Flyvbjerg, 2000). Foucaults realistiske syn på sosiale fenomener kan virke beroligende og håpløst, noe som neppe fører til noen form for forbedring. I motsetning til dette kan Habermas idealistiske ståsted oppleves som for naivt og utopisk, men dette gir håp og skaper en målrettet aspirasjon. Streben etter Habermas' idealer om å oppnå en demokratisk digitalisering, kan være et tillegg til den overnevnte besvarelsen på problemstillingen.

Habermas er, i motsetning til Foucault, overbevist om at alle kan delta i en åpen diskusjon på lik linje, uavhengig av kompetansenivå, stilling og lignende. Det finnes imidlertid et grunnleggende vilkår for en slik deltakelse, nemlig saklig argumentasjon: «*Vi må som deltakere i en saklig argumentasjon være i stand til å følge argumentene og være villige til å bøye oss under «det bedre arguments kraft»*» (Skirbekk & Gilje, 2000, s. 617). Ifølge dette er det i det hele tatt ikke nøye hvem som har uttrykt det beste argumentet, hvilken kompetanse

hun har, eller hvilken rolle i virksomheten hun innehar. Da er det beste argumentenes kraft som avgjør i diskusjonen og andre må enten anerkjenne dette eller komme med et bedre argument.

Argumentasjonen forestilles som en prosedyre av uenighetshåndtering. Denne kan føre til forskjellige avgjørelser i en praktisk diskurs: *«Den argumentative fornuft er slik sett vår ufravikelige skjebne. Ikke slik at vi i utrensmål må eller skal diskutere. Men slik at vi ved grunnleggende uvisshet eller uenighet er henvist til en slik prosedural og refleksiv rasjonalitet som siste avgjørelsesinstans»* (Skirbekk & Gilje, 2000, s. 617-618). Dette synet på maktfordeling er helt i strid med Foucaults faglige ståsted, noe som har vært gjenspeilet i overnevnt akademisk debatt (Aladjem, 1995; Biebricher, 2005; Flyvbjerg, 2000). Selv om kompetansen er skjevfordelt, tillater den ikke å avgjøre omstridde saker til de som har den. Tvert imot stiller det et høyt krav til de mer kompetente og deres argumentative fornuft.

Helsepersonell etterspør en omfattende opplæringspakke som sin oppskrift på forbedring:

En slik pakke kan bestå av:

1. Kurs:
 - a. For alle involverte ansatte;
 - b. For dem som skal iverksette en ny løsning;
 - c. For dem som skal bruke avanserte funksjoner av verktøyet;
2. Veiledning:
 - a. Gruppeveiledning i form av møtevirksomhet;
 - b. Individuell veiledning tilpasset hver enkelte ansatt;
 - c. *«EPJ-veilederen»* – en skriftlig bruksanvisning;
3. E-kurs:
 - a. For dem som kommer underveis i innføringer;
 - b. For dem som trenger en oppfriskning; og
 - c. For dem som jobber natt og kan ikke delta på andre opplæringsopplegg på dagtid.

Selv om en slik pakke ifølge NPT er for kostbar og tydeligvis overflødig, kan den bidra til både koherens og tilstrekkelig kompetansemakt. Det vil si at helsepersonell i mindre omfang skal bli utsatt for usikkerhet, utrygghet og uforutsigbarhet som sannsynligvis forårsakes av manglende kompetansemakt i løpet av selve intervensjonen. Opplæringspakka skal heve kompetanse blant helsepersonell som i seg selv kan muliggjøre en saklig diskusjon rundt selve implementeringen. Dette er en side av en demokratisk digitalisering.

Vi må ikke glemme at helsepersonell har mye kunnskap om yrket sitt og erfaring fra andre digitaliseringsøkter som fant sted på arbeidsplassen deres, noe som gjenspeiles i informantenes intervju: «*Det er alltid sånn når man går fra trygghet til noe nytt. Du har papir du har det trygt og så plutselig skal du bruke data istedenfor. Da blir det skummelt, men etter man har blitt trygg på [Elektronisk timeføring] begynte man å sette pris på oversikten man får på [Elektronisk timeføring]*» (Informant nr. 4; Ilenkov, 2020). Det er viktig å understreke at det elektroniske timeføringssystemet har blitt iverksatt for mange år siden og informanten har ferske minner om den normaliserte intervensjonen, noe som viser hvor dype opplevelsene knyttet til digitalisering er. Dersom det kunne vært en arena hvor helsepersonell kunne bidra med sin kompetanse og erfaring - og påvirke implementeringen, så kunne det skape en helt annen opplevelse av digitaliseringen i Norges kommunale sektor. På den måten kan man ivareta og imøtekomme helsepersonells påvirkning med tanke på både tekniske og praktiske sider av intervensjonen.

Helsepersonell fortjener mer makt når det gjelder innføring av ny teknologi på deres arbeidsplass. Julian Rappaport, en amerikansk psykolog, har definert begrepet av empowerment på 1980-tallet: «*Empowerment is viewed as a process: the mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their lives*» (1984). Ifølge Språkrådet.no anbefales det å bruke den norske analogien, nemlig «*myndiggjøring*» (Språkrådet, 2019). Begrepet brukes ofte i den feministiske diskursen (Deveaux, 1994; Kinsaul, Curtin, Bazzini & Martz, 2014), men er likevel også relevant i studien min. Med andre ord, for å delta aktivt i diskusjon og ha et faglig utgangspunkt for saklig argumentasjon, bør helsepersonell myndiggjøres i digitaliseringssammenheng. Det finnes gode eksempler på dette i moderne historie.

Helsepersonell har gått gjennom en myndiggjøringsrunde i andre halvdel av XIX århundre. Florence Nightingale var pioner innen moderne sykepleie, statistiker, samfunnsreformatør innen helse og hygiene: «*Det Florence kunne gjøre var å systematisere denne kunnskapen og med et solid tallmateriale vise at god hygiene førte til bedre folkehelse*» (Lockertsen, 2015). Hun har systematisert den daværende medisinske kunnskapen som i sin tur førte til etablering av the Nightingale School of Nursing, den første sekulære sykepleierskolen ved St. Thomas' Hospital i London (Selanders, 2020). Eksempelet viser at den nye kunnskapen førte til et betraktelig løft av sykepleiernes autoritet og påvirkningsmakt. Allikevel ser en at makt fremdeles er skjevt fordelt mellom sykepleiere og leger, noe som tyder på en dynamisk karakter av maktfordelingen (Ameen, 2017; Christie et al., 2018; Dolonen, 2013; Lotherington & Obstfelder, 2015). Jeg vil altså understreke at det er på tide å heve helsepersonells IKT-kompetanse for å kunne myndiggjøre den i digitaliseringsprosessen, noe som jo til alt overmål ble nevnt for lenge siden i Samhandlingsreformen: «*Behov for atferdsendringer og endring i arbeidsprosessene og en sterkere integrasjon mellom fag- og IKT-ressursene. Det er behov for kompetanseutvikling*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 134).

Ifølge Samhandlingsreformens utfordringsbilde er kompetanseheving imidlertid en vanskelig oppgave som krever både politisk grep og helsepersonells eget initiativ: «*Det er krevende å tilrettelegge nye rutiner og arbeidsprosesser, sikre nødvendig kompetanse samt interesse og tid hos helsepersonell. Det har til en viss grad vært vanskelig å forene fag- og IKT-interessene*» (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 134). Kanskje det trengs en formell redegjørelse vedrørende IKT-kompetanse som etter hvert kan sørge for å klargjøre lønnsbetingelser og eventuelle lønnstillegg for slik kompetanse.

I oppsummeringen vil jeg også peke på at digitalisering i Norges helsevesen er svært preget av kompetansemakt og en rigid hierarkisk struktur, noe som på en realistisk og postmodernistisk måte gjenspeiler virkeligheten, men overhodet ikke utelukker tillit. Dersom prosjektleder sørger for tilstrekkelig kunnskap og helsepersonells påvirkning, så kan han eller hun skape tillit blant deltakere, utjevne den skjevt fordelte makta og bidra til en flatere struktur i intervensjonsforløp. Linda Lai påpeker et paradoks, som sier at personer som får høy makt kan få mindre tillit til andres kompetanse (2019). Ut fra mitt synspunkt kan den

mistilliten være av en gjensidig karakter. Tilliten er nettopp den faktoren som balanserer og utjevner skjevt fordelt makt. Tilliten er ufravikelig i Habermas' diskursetikk, noe som kan forbedre helsepersonells opplevelser. Alt dette mangler for å kunne kalle den normaliserte EPJ-intervensjonen i den kommunen for vellykket og utgjør et forbedrings- og forskningspotensial.

7 Konklusjon

Jeg har valgt NPT-tilnærmingen fordi den til en viss grad sikrer balansegang mellom tekniske og praktiske sider av digitalisering. I den sammenheng kan jo NTP fremstå som et fyrtårn, som viser en objektiv retning i studien min. Ifølge Jürgen Habermas kan en balansert posisjon føre til en helhetlig forståelse av digitalisering: *«Nettopp når det gjelder menneskelige og mellommenneskelige forhold, har vi et valg mellom enten å legge an den tekniske erkjennelsesinteressen eller å legge an den praktiske erkjennelsesinteressen. I stedet for en slags fatalisme overfor all rasjonalitet får vi da tvert imot en viktig oppgave med å arbeide for en riktig balanse mellom det «tekniske» og det «praktiske», mellom kontroll og forståelse»* (referert i Skirbekk & Gilje, 2000, s. 614). Allikevel, etter at jeg har diskutert funnene mine i lys av både Foucaults sosialteori og Habermas' diskursetikk, peker det på noen begrensninger med tanke på hva NPT innebærer.

EPJ-intervensjonen i den utvalgte kommunen har blitt normalisert og endt i at EPJ ble tatt i bruk. Vi har undersøkt implementeringsprosessen ved bruk av NPT, noe som bidro til god oversikt over helsepersonellet sine opplevelser av både det som hadde gått greit i iverksettelsen og det som hadde et visst forbedringspotensial. Helsepersonells opplevelser var ikke entydige, noe som åpnet for en diskusjon om hvorvidt man kan sette likhetstegn mellom «normalisert» og «vellykket» intervensjon eller ei.

En normalisert kompleks intervensjon er ikke nødvendigvis noe som fremstår som vellykket. Til tross for at EPJ-innføringen har blitt normalisert, har denne vekket negative emosjoner og holdninger blant helsepersonell, noe som åpner for et nytt forskningsfelt i sosiologi. Nå til dags er forskere mer opptatt av de prosjektene som ikke ble normaliserte og det er mye kunnskap å hente derifra. Allikevel, ifølge datasettet mitt, er de normaliserte intervensjonene heller ikke «smertefrie» for deltakere. Dersom man i fremtiden fortsetter å forske på disse «smertefulle» opplevelsene, samler mer empirisk data som gjelder disse og teoretiserer de i tråd med moderne sosiologi, kan det bidra til mer «smertefri» digitalisering. Det viser seg at vi kan lære mye fra unormaliserte prosjekter (Greenhalgh, 2017; May & Finch, 2009; Pope & Kautter, 2007), men det finnes noe verdifullt som vi også kan lære fra de normaliserte.

Til tross for at helsepersonell ikke er fornøyd med gitt opplæring og veiledning og ikke synes at disse var tilstrekkelige, kan vi likevel konstatere at intervensjonen har blitt normalisert i virksomheten. Det vil si at det, ifølge NPT-tilnærmingen, var gitt nok opplæring og veiledning for å kunne oppnå prosjektmålet. Det tyder på at NPT har noen begrensninger i den sosiologiske sammenhengen. Selv om intervensjonen har blitt normalisert, har det neppe vært en «smertefri» implementeringsprosess, noe som forskere kan gå glipp av ved bruk av kun NPT. Imidlertid kan det gjelde både NPT og selve sosialteorien til Foucaults, som legger relativt stor vekt på kompetanse.

Ifølge mitt kvantitative datasett tyder besvarelsene på at de 3-årige ansatte er mindre fornøyd med gitt opplæringen enn de som ikke har høyere utdanning (se figur nr. 4). Det samme får vi vite fra intervjuene, som inneholder både negative emosjoner og ordrike besvarelser.

Fenomenet finner sted også andre plasser i det norske helsevesenet. Fenomenet kan være bare toppen av isfjellet og tyde på en bredere sosial og kulturell kontekst i Norge, noe som bør tas hensyn til i løpet av innføring av ny teknologi. Dersom vi tar stilling til Foucaults kompetansemakt og anerkjenner at de 3-årige har relativt mye ansvar i arbeidshverdagen sin, så kan vi konkludere med at deres autoritet har blitt truet i et stort omfang, noe som førte til mer omfattende negative opplevelser. I tillegg, siden intervensjonen er normalisert, kan vi konstatere at opplæring og veiledning var tilstrekkelig til tross for helsepersonellens tallrike opplevelser. Der er overveldende sannsynlig at den gitte opplæringen var tilstrekkelig for en normalisert, men ikke fullstendig vellykket, kompleks intervensjon.

De fleste blant helsepersonellet er ikke med i betraktningen når det vurderes å sette i verk nye løsninger, men deres mening har mye å si, siden det er de som skal bruke den nye løsningen. Vi kan således igjen konkludere at kompetansemaktkonseptet - og NPT knyttet til dette, har visse begrensninger når det gjelder inkludering av helsepersonell i utviklingen av EPJ-intervensjonen. Selv om helsepersonell ikke alltid har tilstrekkelig IKT-kompetanse, bør de delta i utviklingen av EPJ, siden det til syvende og sist er de som skal bruke det verktøyet.

Helsefagarbeidere og sykepleiere har relativt lite makt til å avvise ting i forhold til leger, for eksempel. Graden av maktløshet er en rød tråd i mange av intervjuene mine. Informanter konstaterer at de er fanget i teknologiutviklingen og kan ikke gjøre noe med det.

Brukervennlighet er, i motsetning til et privat marked, ikke en konkurransedyktighetsfaktor. Det vil si at man lytter ikke så mye til helsepersonells opplevelse for å sikre brukervennlighet av verktøyet. Dette fenomenet er i motsetning til leverandører av programvarer og digitale tjenester på det private markedet, som må sørge for et høyt nivå av brukervennlighet for å kunne være konkurransedyktige.

Hovedkonklusjonen er altså at NPT og Foucaults sosialteori kan anvendes for å vurdere normalisering av komplekse intervensjonen i helsevesenet. Teoriene gir et robust rammeverk for å beskrive helsepersonells opplevelser, men dette er en instrumentell og begrenset måte å undersøke et sosiologisk fenomen på, noe som åpner for Habermas' diskursetikk. Vi kan med andre ord få et nytt teknologisk verktøy i bruk og sørge for en effektiv iverksettelse. Dette skal bidra til prosjektets normalisering. Allikevel, for å gjøre den prosessen «*smertefri*» og få et vellykket prosjekt, er man nødt til å ta stilling til helsepersonellens opplevelser og lytte til deres argumenter på en demokratisk måte.

Når det gjelder akademisk, politisk og anvend teoretisk bidrag av studien min vil jeg understreke at det nå legges stor vekt på teknologiske sider av innovasjon, men min studie viser at menneskelige faktorer, som emosjoner, følelser, bekymringer, usikkerhet, utrygghet, motivasjon, holdninger, fordømmer osv., spiller en like viktig rolle i denne sammenhengen. Jeg antar at mange prosjekter i helsevesenet har satset på teknologioptimismen og muligens oversett helsepersonells opplevelser. Mennesker bør også ivaretas for å få både normaliserte endringer i et helseforetak og et «*smertefritt*» implementeringsforløp.

Fra et politisk ståsted påpekes det en svak interesse i IKT-faget blant helsepersonell, men samtidig bør de motivere enkelte ansatte til å utvikle seg i den retningen, i form av lønnsforhandlinger og lignende. De bør også sørge for at opplæringsmateriell utarbeides og ikke blir en fallgrube i implementeringsprosessen. Siden EPJ-utviklingen vedtas nasjonalt, bør opplæringspakker også utarbeides på samme nivå, og kanskje politikere bør bruke sin utøvende makt for å sørge for dette. Alt dette bør en prosjektleder ha i bakhodet for å føre prosjektet sitt til normalisering i helsevesenet. Menneskefaktorer kan bli en usedvanlig drivkraft i implementeringsarbeid ved bevisst og fornuftig håndtering. I konklusjon vil jeg

peke på at prosjektleders største oppgave er å finne balansegangen mellom selve teknologien og helsepersonells menneskelige faktorer.

Referanser

- Aladjem, T. K. (1995). Of truth and disagreement: Habermas, Foucault and democratic discourse. *History of European Ideas*, 4(6), 909-914. 10.1016/0191-6599(95)95828-5
- Ameen, F. (2017). Nurse-physician conflict and power dynamic. *JOJ Nurse Health Care*, 5(3), 1-5.
- Ashford, A. J. (2002). *Behaviour change in professional practice: supporting the development of effective implementation strategies*. Newcastle: Centre for health services research.
- Bamford, C., Heaven, B., May, C. R. & Moynihan, P. (2012). Implementing nutrition guidelines for older people in residential care homes: a qualitative study using Normalization Process Theory. *Implementation Science*, 1-13.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-106>
- Biebricher, T. (2005). Habermas, Foucault and Nietzsche: A Double Misunderstanding. *Foucault Studies*, 1-26. 10.22439/fs.v0i3.870
- Bijker, W. E., Hughes, T. P., Pinch, T. & Douglas, D. G. (2012). *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*. Cambridge: MIT Press.
- Bjørnstad, J. (2020, 17. august). Hypotesetesting - statistikk i Store norske leksikon. Hentet fra https://snl.no/hypotesetesting_-_statistikk
- Blaikie, N. (2000). *Designing social research*. Cambridge: Polity Press.
- Brehm, J. W. & Cohen, A. R. (1962). *Explorations in cognitive dissonance*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Christie, W., Hoholm, T. & Mørk, B. E. (2018). Innovasjon og samhandling i helsevesenet: En praksisbasert tilnærming. *Praktisk økonomi & finans*, 34(1), 32-46. DOI: 10.18261
- Cresswell, K. M., Worth, A. & Sheikh, A. (2010). Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10(67), 1-11.
<https://doi:10.1186/1472-6947-10-67>
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed method research*. London: Sage Publications Ltd.
- de Vaus, D. (2014). *Surveys in social research* (6 utg.). London: Routledge.
- Deveaux, M. (1994). Feminism and empowerment: A critical reading of Foucault. *Feminist studies*, 20(2), 223-247. 10.2307/3178151

- Direktoratet for e-helse. (2019a). *Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022*. Hentet fra <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Direktoratet for e-helse. (2019b). *Pasientjournal, kjernejournal, en innbygger - en journal*. Hentet fra https://ehelse.no/strategi/hva-er-en-innbygger-en-journal/_attachment/download/553ddd7f-e0f9-42bc-a310-8a69d6081afe:b5951bca94bce4392be25621af0873937fd50d92/Faktaark%20Begrepsoversikt%20journaler%20%C3%89n%20innbygger-%C3%A9n%20journal.pdf
- Dolonen, K. A. (2013, 02.august). Er sykepleiere fra Venus... Hentet fra <https://sykepleien.no/2013/06/er-sykepleiere-fra-venus>
- Dyb, K. & Warth, L. L. (2019). Implementing eHealth Technologies: The Need for Changed Work Practices to Reduce Medication Errors. *Management and Technology in Health Care*, 83-86. 10.3233/SHT1190022
- Dyrøy, E. (2015). Digitalisering av helsesektoren - Digital dialog mellom pasient og fastlege; samfunnskonsekvenser. *Praktisk økonomi & finans*, 212-216.
- Fangen, K. (2005). *Deltagende observasjon*. Malmö: Liber ekonomi.
- Festinger, L. (1957). *Theory of cognitive dissonance*. Redwood City: Stanford University Press.
- Finch, T. L., Rapley, T., Girling, M., Mair, F. S., Murray, E., Treweek, S., . . . May, C. R. (2012). Improving the normalization of complex intervention: measure development based on normalization process theory (NoMAD): study protocol. *Implementation Science*, 8(1), 1-8. 10.1186/1748-5908-8-43
- Fitzgerald, M., Kruschwitz, N., Bonnet, D. & Welch, M. (2013). *Embracing digital technology: A new strategic imperative* (MIT sloan management review). Cambridge, Massachusetts, USA: Massachusetts Institute of Technology.
- Flyvbjerg, B. (2000). Ideal Theory, Real Rationality: Habermas Versus Foucault and Nietzsche. *Paper for the Political Studies Association's 50th Annual Conference: The Challenges for Democracy in the 21st Century*, 1-20. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2278421>
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interview and other writings*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1997). *Discipline and punish: The birth of the prison*. London: Vintage.
- Gotaas Kilde, K. & Mathiessen, M. A. (2019). *Digitalisering for å fremme bærekraftig vekst og utvikling* (Bouvet). Oslo: Bouvet Norge AS.
- Greenhalgh, T. (2017). Why do so many technology projects in healthcare fail? Hentet fra <https://thehealthcareleadership.academy/nasss/>

- Gripsrud, G., Silkoset, R. & Olsson, U. H. (2004). *Metode og dataanalyse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Grol, R., Bosch, M., Hulscher, M., Eccles, M. & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *The Milbank Quarterly*, 93-138.
- Grol, R., Wensing, M., Bosch, M., Hulscher, M. & Eccles, M. (2004). *Theories om implementation of change in healthcare*. Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Harcourt, B. E. (2011). Radical Thought from Marx, Nietzsche, and Freud, through Foucault, to the Present: Comments on Steven Luke's In Defense of False Consciousness. 29-52.
- Helse- og omsorgsdepartement. (2009). *Samhandlingsreformen* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2012). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* (Meld. St. 9 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>/§5-10
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>/§39
- Herzberg, F. (1993). *The Motivation to Work*. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.
- Ilenkov, V. (2020). *Replication data for: Digitalisering i Norges kommunale sektor: Hvordan opplever helsepersonell innføring av elektronisk pasientjournal i en kommune?* (V1) [DataverseNO]. <https://doi.org/10.18710/OB5KH0>
- Johansen, K. E. & Vetlesen, A. J. (2005). *Innføring i etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kinsaul, J. A. E., Curtin, L., Bazzini, D. & Martz, D. (2014). Empowerment, feminism, and self-efficacy: Relationships to body image and disordered eating. *Body Image*, 1, 63-67. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.08.001>

- Koh, H. C. & Boo, E. f. H. Y. (2001). The Link Between Organizational Ethics and Job Satisfaction: A Study of Managers in Singapore. *Journal of Business Ethics*, 29(4), 309-324. 10.1023/A:1010741519818
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014, 02.august). Digitalisering i offentlig sektor. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/ikt-politikk/digitaliseringen-i-offentlig-sektor/id2340245/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Digital agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* (Mld. St. 27 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/>
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-tilgjengeliggjoring-og-deling-av-forskningsdata/id2582412/>
- Lai, L. (2019, 28.juli). Makt kan undergrave tillit: Hyppige omorganiseringer og lederbytter kan svekke en av de viktigste betingelsene for god ledelse. Hentet fra <https://www.dn.no/ledelse/jobb-og-ledelse/tillitsbasert-ledelse/mooijman/linda-lai-makt-kan-undergrave-tillit/2-1-653324>
- Lockertsen, J.-T. (2015, 28.juli). Nightingale – rett kvinne til rett tid. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/05/nightingale-rett-kvinne-til-rett-tid>
- Lotherington, A. T. & Obstfelder, A. (2015). Digitalisering av arbeidsflyt på sykehus - konsekvenser for legers arbeid. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 1(11), 66-76. <https://doi.org/10.7557/14.3480>
- Lundberg, L. (2019, 17. august). E-resepter hindrer ikke feilmedisinering. Hentet fra <https://ehealthresearch.no/nyheter/2019/e-resepter-hindrer-ikke-feilmedisinering>
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and Personality* (3 utg.). New York: HarperCollins.
- May, C. R. (1992). Individual care? Power and subjectivity in therapeutic relationships. *Sociology (Oxford)*, 26(4), 589-602. 10.1177/0038038592026004003
- May, C. R. (2013). Towards a general theory of implementation. *Implementation Science*, 8(1), 18. 10.1186/1748-5908-8-18
- May, C. R. & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology (Oxford)*, 43(3), 535-554. doi:10.1177/0038038509103208
- May, C. R., Finch, T., Ballini, L., MacFarlane, A., Mair, F. S., Murray, E., . . . Rapley, T. (2011). Evaluating complex interventions and health technologies using Normalization Process Theory: Development of a simplified approach and web-enabled toolkit. *BMC Health Services Research*, 11(245), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-245>

- May, C. R., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., . . . Heaven, B. (2007). Understanding the implementation of complex intervention in health care: the normalization process model. *BMC Health Services Research*, 7(1), 148-148. 10.1186/1472-6963-7-148
- May, C. R., Mair, F. S., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., . . . Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science*, 4(49), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>
- McEvoy, R., Ballini, L., Maltoni, S., O'Donnell, C. A., Mair, F. S. & MacFarlane, A. (2014). A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implementation Science*, 9(2), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-2>
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: The Free Press.
- Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dorwick, C., . . . May, C. R. (2010). Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*, 8(63), 1-11. 10.1186/1741-7015-8-63
- Nielsen Hauge, H. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nilsen, P. Å. (2017). *Digitalisering : En studie av utfordring og muligheter sett fra fire utvalgte bransjer* (Masteroppgave). Universitetet i Agder, Kristiansand. Hentet fra <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2455388>
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Normalization Process Theory. (2020, 17. august). NPT Toolkit. Hentet fra <http://www.normalizationprocess.org/npt-toolkit/>
- Norsk Helseinformatikk. (2020, 17. august). Angst-veiviser. Hentet fra <https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/angst-veiviser/>
- Norskhelsenett. (2020a, 17. august). E-resept. Hentet fra <https://nhn.no/e-resept/>
- Norskhelsenett. (2020b, 17. august). Hva er digital dialog? Hentet fra <https://www.nhn.no/digital-dialog-med-fastlegen/hva-er-digital-dialog/>
- Parviainen, P., Tihinen, M., Kääriäinen, J. & Teppola, S. (2017). Tackling the digitalization challenge: how to benefit from digitalization in practice. *Developing offshore outsourcing practices in a global selective outsourcing*, 5(1), 63-77. 10.12821/ijispm050104
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

- Pope, G. C. & Kautter, J. (2007). Profiling Efficiency and Quality of Physician Organizations in Medicare. *Health care financing review*, 29(1), 31-43.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervju - Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Selanders, L. (2020, 02.august). Florence Nightingale. British nurse, statistician, and social reformer. Hentet fra <https://www.britannica.com/biography/Florence-Nightingale>
- Skirbekk, G. & Gilje, N. (2000). *Filosofihistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Somekh, B. & Lewin, C. (2011). *Theory and methods in social research*. London: Sage.
- Språkrådet. (2019, 02.august). Empowerment. Hentet fra <https://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/empowerment/>
- Svartdal, F. (2020a, 17. august). Fordom - psykologi i Store norske leksikon. Hentet fra https://snl.no/fordom_-_psykologi
- Svartdal, F. (2020b, 17. august). Holding i Store norske leksikon. Hentet fra
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiT Norges Arktiske Universitet. (2017). *Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT*. Hentet fra https://uit.no/Content/523436/Policy_forskningsdata_UiT_090317.pdf
- Veilederen.no. (2019, 02.august). E-kurs: Journalføring. Hentet fra <https://www.veilederen.no/login/?ReturnUrl=/Veilederen/e-kurs/helse-og-omsorg/DE112-Journalforing/>
- Viswesvaran, C. & Deshpande, S. P. (1996). Ethics, success, and job satisfaction: A test of dissonance theory in India. *Journal of Business Ethics*, 15, 1065-1069. <https://doi.org/10.1007/BF00412047>
- Webster, J. & Watson, R. T. (2002). Analyzing the past to prepare for the future: Writing a literature review. *MIS Quarterly*, 26(2), Xiii-Xxiii.
- Wensing, M., Bosch, M., Foy, R., van der Weijden, T., Ecces, M. & Grol, R. (2005, 02.august). Factors in theories on behaviour change to guide implementation and quality improvement in healthcare. Hentet fra <https://www.scienceopen.com/document?vid=3065765c-1ef5-4402-8cc2-373b24167faa>

Wergeland Sørbye , L. (2012). Etikk i forskning og fagutvikling. *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra <https://nora.openaccess.no/>

